

Centre de Recherche pour le Développement International  
(CRDI)

-----  
Programme de Développement Municipal  
(PDM)

-----  
Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales  
(GRIL)

**LES PROCESSUS DE DECENTRALISATION ET LEURS  
INCIDENCES SUR LES SERVICES SOCIAUX EN AFRIQUE  
DE L'OUEST ET CENTRALE**

**RAPPORT DE RECHERCHE**

**Equipe du Burkina Faso**

**Mars 2000**

Centre de Recherche pour le Développement International  
(CRDI)

-----  
Programme de Développement Municipal  
(PDM)

-----  
Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales  
(GRIL)

**LES PROCESSUS DE DECENTRALISATION ET LEURS  
INCIDENCES SUR LES SERVICES SOCIAUX EN AFRIQUE  
DE L'OUEST ET CENTRALE**

**RAPPORT DE RECHERCHE**

**Equipe du Burkina Faso**

**Mars 2000**

## Table des matières

	Page
<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>1</b>
<b>Problématique générale.....</b>	<b>1</b>
<b>Données générales sur le BURKINA FASO.....</b>	<b>1</b>
<b>Données spécifiques à l'équipe du BURKINA FASO.....</b>	<b>2</b>
<b>CHAPITRE 1 : LES ENJEUX ET LE MANDAT DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 LA PROBLEMATIQUE DES SERVICES DE SANTE ET D'EDUCATION DANS LE CONTEXTE DE LA DECENTRALISATION AU BURKINA FASO.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 LE MANDAT CONFIE AU PDM .....</b>	<b>5</b>
1.2.1 L'objectif général de la recherche.....	5
1.2.2 Les objectifs spécifiques.....	5
<b>CHAPITRE 2 : LA REALISATION DU MANDAT.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 APPROCHE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Vue générale de la méthodologie.....	6
2.1.2 Identification des sites.....	8
2.1.3 l'approche comparative.....	11
<b>2.2 GRILLE D'ANALYSE ET CADRE LOGIQUE.....</b>	<b>11</b>
<b>2.3 DEROULEMENT DES TRAVAUX.....</b>	<b>14</b>
<b>CHAPITRE 3 : L'ETAT, QUELLE INFLUENCE DANS LE PROCESSUS ?.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 L'ETAT ET LE PROCESSUS GENERAL DE DECENTRALISATION AU BURKINA FASO : LOGIQUES ET GRANDES ETAPES.....</b>	<b>16</b>

<b>3.2. L'ETAT ET LE SECTEUR SANTE AU BURKINA FASO.....</b>	<b>19</b>
3.2.1. Diagnostic du secteur.....	19
3.2.2 Déconcentration et décentralisation des services de santé.....	21
<b>3.3. L'ETAT ET LE SECTEUR EDUCATION AU BURKINA FASO.....</b>	<b>22</b>
3.3.1- Diagnostic du secteur.....	22
3.3.2 Déconcentration et décentralisation du secteur.....	23
<b>CHAPITRE 4 : LES BAILLEURS DE FONDS : QUELLE INFLUENCE DANS LE PROCESSUS ?.....</b>	<b>25</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 L'IMPLICATION DES BAILLEURS DANS LE PROCESSUS DE LA DECENTRALISATION AU BURKINA FASO.....</b>	<b>25</b>
4.1.1. Définition.....	25
4.1.2 Identification des bailleurs de fonds.....	26
4.1.3 les stratégies de soutien au processus général de la décentralisation.....	28
4.1.3.1. <i>l'appui technique</i> .....	28
4.1.3.2. <i>l'appui financier</i> .....	29
4.1.3.3. <i>l'appui au développement des ressources humaines</i> .....	30
<b>4.2 APPUI DES BAILLEURS DE FONDS DANS LES SECTEURS DE LA SANTE ET DE L'EDUCATION.....</b>	<b>31</b>
4.2.1-L'intervention des bailleurs 'classiques'.....	32
4.2.2-La coopération décentralisée.....	36
<b>CONCLUSION DU CHAPITRE 4.....</b>	<b>40</b>
<b>CHAPITRE 5 : LES MUNICIPALITES, ACTEURS FORMELS POUR QUELLE REALITE AU BURKINA FASO ?.....</b>	<b>42</b>
<b>INTRODUCTION : PANORAMA DES COLLECTIVITES DECENTRALISEES.</b>	<b>42</b>

<b>5.1</b>	<b>COMPETENCES DES COLLECTIVITES LOCALES AU PLAN GENERAL.....</b>	<b>44</b>
<b>5.2</b>	<b>LES COMPETENCES TRANSFEREES AUX MUNICIPALITES EN MATIERE DE SANTE ET DE D'EDUCATION.....</b>	<b>45</b>
5.2.1	La santé.....	45
5.2.2	L'éducation.....	46
<b>5.3</b>	<b>OFFRES DE SERVICES DE SANTE ET D'EDUCATION PAR LES MUNICIPALITES.....</b>	<b>46</b>
5.3.1	Budgets communaux et dépenses de santé et d'éducation.....	46
5.3.2	Les actions des municipalités en matière de santé et d'éducation.....	54
5.3.3	Appréciations des responsables municipaux par rapport aux transferts de compétences et de ressources.....	62
	<b>CONCLUSION DU CHAPITRE 5.....</b>	<b>65</b>
<b>CHAPITRE 6 :</b>	<b>UNE IMPLICATION ACCRUE DES ACTEURS NON GOUVERNEMENTAUX POUR QUELLE EFFICACITE ?.....</b>	<b>68</b>
	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>68</b>
<b>6.1</b>	<b>DEFINITION DE LA NOTION D'ACTEURS NON GOUVERNEMENTAUX.....</b>	<b>68</b>
<b>6.2</b>	<b>CADRE LEGAL DES INTERVENTIONS DES ANG.....</b>	<b>69</b>
<b>6.3</b>	<b>L'ETAT DES LIEUX.....</b>	<b>71</b>
6.3.1	Généralités.....	71
6.3.2	Les ANG et le secteur de la santé.....	72
6.3.3	Les ANG et le secteur de l'éducation.....	74
<b>6.4</b>	<b>LES APPORTS DES ANG.....</b>	<b>77</b>

<b>6.5 LES EFFETS DE L'IMPLICATION DES ANG DANS LA SATIS- FACTION DES BESOINS DES POPULATIONS AU NIVEAU LOCAL EN MATIERE D'EDUCATION ET DE SANTE .....</b>	<b>82</b>
<b>CONCLUSION DU CHAPITRE 6.....</b>	<b>84</b>
<b>CHAPITRE 7 : PEUT-ON MIEUX INTEGRER LES LEADERS COUTUMIERS ?.....</b>	<b>87</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>87</b>
<b>7.1 PEUPLEMENT ET CHEFFERIE TRADITIONNELLE.....</b>	<b>87</b>
7.1.1 Les sites de la recherche : aperçu historique.....	87
7.1.2 Structuration de la chefferie dans les six sites.....	91
7.1.3 Rapports entre l'administration et les pouvoirs traditionnels.....	93
<b>7.2 INTERVENTIONS DE LA CHEFFERIE TRADITIONNELLE EN MATIERE D'EDUCATION ET DE SANTE.....</b>	<b>95</b>
7.2.1 L'éducation.....	95
7.2.2 La santé.....	96
<b>CONCLUSION DU CHAPITRE 7.....</b>	<b>98</b>
<b>CHAPITRE 8: LES PRESTATAIRES DE SERVICES : PEUT-ON MIEUX LES ORGANISER ?.....</b>	<b>100</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>100</b>
<b>8.1 ACTEURS ET ITINERAIRES PROFESSIONNELS.....</b>	<b>100</b>
8.1.1 Les systèmes de diffusion des normes.....	100
8.1.2-La nécessité de renforcer les performances des prestataires.....	100
<b>8.2 PROFESSION ET RESEAUX DE RELATION.....</b>	<b>102</b>

<b>8.3 LE TEMPS DES INCERTITUDES.....</b>	<b>105</b>
---	------------

<b>CONCLUSION DU CHAPITRE 8.....</b>	<b>106</b>
--------------------------------------	------------

<b>CHAPITRE 9 : RECOMMANDATIONS : VERS UNE MEILLEURE ARTICULATION DES INTERVENTIONS.....</b>	<b>108</b>
--	------------

<b>9.1RECOMMANDATIONS D'ORDRE GENERAL.....</b>	<b>108</b>
--	------------

9.1.1. Meilleure coordination de la recherche.....	108
--	-----

9.1.2-Faiblesse des échanges entre les 3 équipes.....	108
---	-----

9.1.3 Une meilleure définition des attentes et des acteurs.....	109
---	-----

9.1.4 Disséminer les résultats aux différents niveaux.....	109
--	-----

<b>9.2 RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES.....</b>	<b>110</b>
---	------------

9.2.1 L'Etat, l'acteur qui a propulsé la décentralisation sur l'injonction des bailleurs de fonds.....	110
---	-----

9.2.2 Les bailleurs de fonds : Créer les conditions pour une intervention directe dans les collectivités locales dans les secteurs sociaux de base.....	110
---	-----

9.2.3 Municipalités et services sociaux de santé et d'éducation : une réalité mais encore fragile.....	112
---	-----

9.2.4 Vers une meilleure contribution des ANG dans l'amélioration des problèmes de santé et d'éducation dans le contexte de la décentralisation.....	113
--	-----

9.2.5 La question délicate de l'intégration des chefs coutumiers.....	114
---	-----

9.2.5 Promouvoir la place et le rôle des prestataires de services dans la définition et la mise en œuvre des politiques et interventions en matière de santé et d'éducation au niveau local.....	115
--	-----

<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>117</b>
---------------------------------	------------

<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>118</b>
---------------------------	------------

## **INTRODUCTION GENERALE**

- **Présentation de la problématique générale du projet** : A faire par le PDM

### **1- DONNEES GENERALES SUR LE BURKINA FASO.**

Situé au cœur de l'Afrique Occidentale entre la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo, le Bénin, le Niger et le Mali, le Burkina Faso est un pays sahélien d'une superficie de 274 200 km<sup>2</sup> dont l'enclavement constitue l'un des principaux obstacles à son décollage économique. Son point le plus proche de la mer se situe à environ 1000kms.

La population s'élève 10 312 609 habitants selon les résultats définitifs du troisième recensement général de la population effectué en décembre 1 996 et se répartit dans 8 228 localités. elle compte une soixantaine de groupes ethnolinguistiques et vit principalement dans le milieu rural qui regroupe 83 % des burkinabé, contre 17% en zones urbaines. Elle est à majorité féminine (51,7%) et extrêmement jeune (45% est âgé de moins de 15ans).

Cette population se caractérise également par un fort taux annuel d'accroissement démographique (2,64 %) compte tenu d'un fort taux de natalité (5 %) et d'un taux de mortalité en baisse (il est passé de 34% en 1960 à 16.4% en 1991).

La tranche d'âge scolarisable, estimée à 1,802 millions d'enfants en 1991, atteindrait 2,332 millions en l'an 2 000 et la tranche d'âge de 5-9ans estimée à 1,69 millions en 1992, atteindrait 2,2millions en l'an 2 000.

Le Burkina Faso est classé parmi les Pays les Moins Avancés (PMA) eu égard à la modicité de son Produit National Brut (PNB), qui était de moins de 400 dollars par tête d'habitant en 1997 (l'un des plus faibles du monde). Sa balance commerciale est chroniquement déficitaire (- 171,4 milliard de F CFA courants en 1997, source Banque Mondiale) et la dette rapportée au PIB est importante (51,2 % en 1997).

Le pays tire ses richesses essentiellement du secteur primaire (agriculture, élevage, produits miniers), qui représente 40% du PIB, emploie 92% de la population active et

fournit 50% des recettes d'exportation ( coton notamment). Le secteur secondaire quant à lui constitue 17% du PIB et le secteur tertiaire, 43%. L'Indicateur de Développement Humain Durable (IDHD) publié par le PNUD en 1997 est de 0,228 et classe le pays au rang de 172<sup>e</sup> sur 175 pays, au plan mondial. Plus de 45% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (environ 72 000 FCFA).

## **2-DONNEES SPECIFIQUES A L'EQUIPE DU BURKINA FASO :**

Le Groupe de Recherche sur les Initiatives Locales (GRIL) est la structure à qui il a été confié la réalisation de la présente recherche. L'équipe était composée de 6 permanents dont 5 chercheurs et 1 assistant de recherche (Cf. Annexes).

Pour des raisons sur lesquelles, nous ne jugeons pas nécessaire d'y revenir, l'équipe du Burkina n'a pas pu participer à la rencontre de lancement de la recherche qui s'est tenue à Abidjan en Côte d'Ivoire les 16 et 17 avril 1998. Néanmoins, elle s'est appropriée les principales conclusions qui en sont sorties non sans poser quelques inquiétudes par rapport à certaines questions qui ont été abordées et ou ajoutées lors de cette rencontre. Il s'agit principalement de l'intégration des acteurs « prestataires de services » qui a suscité quelques interrogations de la part de l'équipe (cf. Note écrite, juillet 1998).

En outre, l'équipe du Burkina avait jugé important et nécessaire, la prise en compte d'une autre catégorie d'acteurs à savoir les « ménages » défini ici comme étant les bénéficiaires des services de santé et d'éducation. C'est pourquoi dans ses premières propositions méthodologiques, elle avait défini une opération de recherche intitulé : 'les stratégies des ménages au niveau local et expériences de la décentralisation' dont la réalisation devait permettre d'apprécier le processus de décentralisation et les niveaux de satisfaction en matière d'offres de santé et d'éducation.. Lors de la rencontre des Equipes tenue à Yaoundé en février 1999, il a été demandé à l'équipe du Burkina de s'en tenir à la démarche générale adoptée lors de la rencontre d'Abidjan.

Au Burkina, conformément aux critères qui ont été retenus lors de la rencontre d'Abidjan, l'équipe du Burkina a identifié six (6) entités urbaines à savoir, Ouagadougou, Ouahigouya, Dori, Kaya, Houndé et Gaoua (cf. Chapitre 2). La recherche a donc été conduite dans ces six sites avec cependant des niveaux différents dans la collecte des données.

La présentation de même que l'articulation du rapport de l'équipe du Burkina sont faites conformément à la proposition de plan détaillé type qui a été retenue lors de la rencontre de Ouagadougou (juillet 1999). Le rapport s'articule donc autour des chapitres ci-après :

- Chapitre 1 : Les enjeux et le mandat de la recherche
- Chapitre 2 : La réalisation du mandat
- Chapitre 3 : L'Etat, quelle influence dans le processus ?
- Chapitre 4 : Les bailleurs de Fonds : quelle influence dans le processus ?
- Chapitre 5 : Les municipalités, acteurs formels, pour quelle réalité ?
- Chapitre 6 : Une implication accrue des acteurs non gouvernementaux ?
- Chapitre 7 : Peut-on mieux intégrer les leaders coutumiers ?
- Chapitre 8 : Les prestataires de services
- Chapitre 9 : Recommandations : vers une meilleure articulation des interventions

## CHAPITRE 1 :

### LES ENJEUX ET LE MANDAT DE LA RECHERCHE

#### 1.1 LA PROBLEMATIQUE DES SERVICES DE SANTE ET D'EDUCATION DANS LE CONTEXTE DE LA DECENTRALISATION AU BURKINA FASO

La question des modalités de structuration du territoire national est initialement au coeur de l'ensemble des principes chargés d'orienter le processus de la décentralisation au Burkina Faso, qui s'est progressivement institué comme passage obligé dans l'exercice du gouvernement démocratique. En fait, en pensant ce dernier comme "phénomène de large participation à la gestion de la cité", la décentralisation apparaissait alors comme le moyen le plus adéquat, en ce qu'elle est supposée privilégier "le politique par le bas" pour impliquer les catégories sociales d'ordinaire exclues de fait du champ politique. Décentraliser équivaudrait ainsi à redistribuer le pouvoir à des entités sociales jugées représentatives des populations. "Le Burkina Faso a engagé un processus de décentralisation avec pour finalité d'instaurer une démocratie locale à même de promouvoir le développement durable à la base et de renforcer la démocratie nationale"<sup>1</sup>.

L'éducation et la santé sont deux secteurs sociaux clés du développement. Au Burkina Faso, l'accès à la santé et à l'éducation pour le plus grand nombre est une problématique à laquelle, autorités politiques et administratives s'attellent à trouver des solutions : la demande croît pendant que l'offre est insuffisante. L'Etat de plus en plus est incapable de résoudre les problèmes sociaux dont il était pourtant un des principaux garants sinon le principal aux lendemains des indépendances.

Dans ces conditions en décidant de confier plus de responsabilités et de pouvoirs aux structures locales, l'Etat s'engage t-il dans un processus où les questions de santé et d'éducation pourront trouver des solutions idoines ? Si oui, comment cela peut-il se réaliser ? Quelle place sont sensés occuper les acteurs comme les Acteurs non gouvernementaux, les responsables coutumiers, les bailleurs de fonds, les prestataires de

---

<sup>1</sup> CND : « *Décentralisation au Burkina Faso, une année de pratique communale : Bilan et perspectives* », Mai 1996

services ? qui sont de plus en plus incontournables dans la satisfaction et la résolution des problèmes des populations ?

L'équipe voudrait mentionner qu'en dehors de la loi d'orientation qui définit les compétences transférées, il n'existe pas à sa connaissance au Burkina Faso, de politiques sociales en matière de santé et d'éducation ayant un rapport avec le processus de la décentralisation.

## **1.2 LE MANDAT CONFIE AU PDM (A faire par le PDM)**

### **1.2.1 L'objectif général de la recherche**

### **1.2.2 Les objectifs spécifiques**

## CHAPITRE 2 :

### LA REALISATION DU MANDAT

#### 2.1 APPROCHE METHODOLOGIQUE

##### 2.1.1 Vue générale de la méthodologie

Dès le mois de février 1998, l'équipe commençait une des phases importantes de la recherche à savoir les activités exploratoires de consultation et de collecte de données (documentation, recherche bibliographique...). Cette phase que nous avons appelé 'opération chapeau' dans la première proposition technique devait permettre de faire un premier travail d'identification et de recensement de la documentation disponible ainsi que des structures impliquées dans la mise en oeuvre du processus de décentralisation au Burkina Faso. Elle devait également permettre de rassembler la documentation sur les deux secteurs sociaux à savoir la santé et l'éducation.

Sur la base des données collectées et tenant compte des résultats de la rencontre d'Abidjan, l'équipe a défini un chronogramme général de mise en oeuvre de la recherche. Ainsi, pour chaque opération de recherche, il avait été défini un chronogramme spécifique dans lequel figuraient les activités ci-après :

- Conception et élaboration des outils de collecte : questionnaires, guides d'entretiens ;
- Formation des enquêteurs
- Collecte des données sur le terrain
- Traitement des données
- Production d'un rapport d'étape

Le questionnaire et le guide d'entretiens ont été les principaux outils utilisés pour la collecte des données. L'utilisation d'un outil donné était fonction de la nature du groupe cible mais aussi des types d'informations recherchées.

### Les bailleurs de fonds (cf. Annexes)

#### *Groupes cibles :*

- Responsables des Organisations de coopération multilatérale et bilatérale ;

Cependant, il est à noter que les groupes cibles ci-dessous ont également été approchés dans la collecte des données et informations sur l'action des bailleurs de fonds. Il s'agit des :

- Responsables des municipalités (Maires, Conseillers municipaux...) des sites concernés par la recherche
- Responsables des services étatiques du niveau central (Directions des Etudes et de la Planification) et du niveau local (Directeurs provinciaux et régionaux) des ministères de la santé et de l'éducation. responsables des municipalités (Maires, conseillers...).

#### *Outils utilisés*

- Questionnaires
- Guides d'entretiens

### Les municipalités (cf. Annexes)

#### *Groupes cibles :*

- Responsables des municipalités (Maires, Conseillers municipaux...)
- Responsables des structures déconcentrés de l'Etat, présentes dans l'agglomération communale (services de santé, d'éducation, du Trésor public et des Impôts).

#### *Outils de collecte utilisés :*

- Questionnaires
- Guides d'entretiens

### Les acteurs non gouvernementaux (cf. Annexes)

#### *Groupes cibles :*

- Responsables d'ONG
- Responsables d'Associations intervenant dans les secteurs de la santé et de l'éducation, Responsables d'Etablissements d'enseignement privé, d'Etablissements sanitaires privés.
- Tradipraticiens

#### *Outils utilisés*

- Questionnaires
- Guides d'entretiens

### Les pouvoirs traditionnels (cf. Annexes)

#### *Groupes cibles :*

- Responsables coutumiers ou leurs représentants
- Responsables d'Associations intervenant dans la santé et l'éducation où les chefs coutumiers sont membres

#### *Outils utilisés*

- Questionnaires
- Guides d'entretiens

### Les prestataires de services (cf. Annexes)

#### *Groupes cibles :*

Agents de l'Etat ou des collectivités décentralisées intervenant sur le terrain dans les domaines de la santé (Docteurs, infirmiers, sage femmes etc...)et de l'éducation (enseignants du primaire et du secondaire)

#### *Outils utilisés*

- Questionnaires
- Guides d'entretiens

## 2.1.2 Identification des sites

Les six sites ont été retenus selon les critères et paramètres suivants :

### 1 Ouagadougou

#### *Paramètres du site*

- Ville métropole avec commune à statut spécial : population 709.736 habitants<sup>2</sup>.
- Ancienneté du statut municipal : bien avant 1960
- Fonction de l'agglomération : inclusion d'espaces urbains et d'espaces ruraux
- Statut spécial de la ville

---

<sup>2</sup> Les données sur la population des différentes agglomérations sont issues du recensement général de la population et de l'habitat de 1996.

- Coloration politique : ville dominée par la majorité au Pouvoir, mais où l'opposition demeure active
- Existence d'une chefferie traditionnelle

*Données générales du site* : Ville capitale, activités économiques et politique intense. Siège d'une chefferie, le Moogho Naba empereur des mossi.

## 2. Ouahigouya

### *Paramètres du site*

- Ville moyenne : population 52.193 habitants
- Ancienneté du statut municipal : depuis les années 1960
- Fonction de l'agglomération : inclusion d'espaces urbains et d'espaces ruraux.
- Coloration politique : avant 1991, un parti politique dominait dans le site. Depuis 1995 en particulier, un autre "grand" parti politique s'est enraciné bousculant ainsi l'autre parti politique qui se trouve aujourd'hui dans l'opposition
- Existence d'une chefferie traditionnelle

*Données générales du site*: Pôle économique dynamique au cœur de grands réseaux commerciaux qui débordent le cadre national. Ouahigouya est aussi la capitale du royaume mossi du Yatenga (chefferie traditionnelle) et ville frontière du Sahel.

## 3. Gaoua

### *Paramètres du site* :

- Petite ville : population 16 424 habitants
- Fonction de l'agglomération : inclusion d'espaces urbains et d'espaces ruraux
- Coloration politique : la commune était dirigée par l'Opposition jusqu'en 1998. Depuis cette date, avec le ralliement de certains conseillers municipaux, la commune est « tombée » entre les mains du Parti au pouvoir.

*Données générales du site* : nouvelle cité surgie grâce à l'encadrement administratif colonial, Gaoua est encore un mélange de rural et d'urbain. Les populations locales n'ont pas l'expérience d'un encadrement politique

#### 4. Dori

##### *Paramètres du site :*

- Ville moyenne : population 23 768 habitants
- Ancienneté du statut municipal : dizaine d'années
- Fonction de l'agglomération : inclusion, d'espaces urbains et d'espaces ruraux

*Données générales du site :* ancien centre commercial du sahel, la ville peulh de Dori est la cité des pasteurs nomades. Elle est aussi le centre politique de l'Emirat du Liptako, mais délaissée depuis la grande transformation des circuits commerciaux pré- coloniaux. Dori, la cité des mares, est aujourd'hui une ville rurale.

#### 5. Kaya

##### *Paramètres du site :*

- Ville moyenne : population 33 958 habitants
- Ancienneté du statut municipal : dizaine d'années
- Fonction de l'agglomération : inclusion d'espaces urbains et d'espaces ruraux
- Coloration politique : opposition active, mais ne détient pas la commune
- Existence de chefferie traditionnelle

*Données générales du site :* La ville de Kaya connaît un certain dynamisme économique qu'elle doit à ses artisans du cuir. Elle reste rurale et la chefferie traditionnelle s'est depuis impliquée dans la vie politique locale dans les partis de la majorité comme dans ceux de l'opposition.

#### 6. Houndé

##### *Paramètres du site*

- Bourg rural : population 21 830 habitants
- Fonction de l'agglomération : inclusion d'espaces urbains et d'espaces ruraux
- Coloration politique : opposition active, mais ne détient pas la commune

*Données générales du site :* dynamisme économique certain grâce à la culture du coton, spécialité de la région ouest du pays. Aucune expérience du pouvoir centralisé. Même si Houndé n'est pas une collectivité décentralisée "aux mains" de l'opposition, elle reste

néanmoins une agglomération rurale semi urbaine où l'opposition a joué un rôle politique important.

### **2.1.3 l'approche comparative**

A faire par le PDM

## **2.2 GRILLE D'ANALYSE ET CADRE LOGIQUE**

N'ayant pas pris part aux travaux d'Abidjan, l'Equipe du Burkina s'est contentée de prendre en considération la grille d'analyse du cadre logique qui a été établie au cours de cette rencontre. L'équipe s'en est donc inspirée pour réaliser la collecte des données de façon globale et pour élaborer les questionnaires et les guides d'entretiens en particulier.

Ainsi, l'équipe s'est attelée à une analyse des documents répertoriés au cours de la recherche bibliographique. Cette analyse a permis de comprendre les mécanismes institutionnels et juridiques de la décentralisation. A travers une approche historique, l'analyse a permis de mettre en relief les situations de décentralisation connues au Burkina, les rôles joués par un certain nombre d'acteurs sociaux. Elle a permis de mieux cadrer et de situer les données actuelles du processus de décentralisation en cours avec l'érection des municipalités. De plus l'analyse des politiques éducatives et sanitaires actuelles a été faite.

De façon générale, la démarche utilisée pour chaque objectif de la recherche a été la suivante.

- **L'Etat**

- Recherche documentaire (exploitation de textes juridiques et publication sur la décentralisation : voir Annexes bibliographiques et données actuelles sur la décentralisation)
- Entretiens avec certains responsables administratifs et politiques.

- **Les bailleurs de fonds**

- Recherche documentaire auprès des services du ministère de l'économie et des finances sur les montants des différents appuis.
- Entretiens avec les Directeurs des études et de la planification, les responsables communaux et des services déconcentrés de l'Etat.
- Entretiens avec certains responsables des bailleurs de fonds ayant leur représentation au Burkina.

Les conditions d'octroi des prêts, des aides et des subventions ont été analysées de même que les orientations actuelles de certains bailleurs de fonds dans la prise en compte de la politique de la décentralisation

- **Les Municipalités**

- Analyse des documents et des textes relatifs à la décentralisation
- Sorties sur le terrain
- Rencontres avec les responsables municipaux et des services déconcentrés
- Utilisation de guide d'entretiens et de questionnaires
- Analyse des budgets des communes

Le traitement des données a fait ressortir les mécanismes de gestion des infrastructures. Les statistiques sur les établissements et les formations sanitaires furent ressorties, de même que leurs modes de gestion.

De plus l'approche a permis de recueillir des données quantitatives sur les contributions des communes en matière de santé de d'éducation.

- **Les acteurs non gouvernementaux**

- Recensement et entretiens avec les responsables des organisations non gouvernementales intervenant dans la santé et l'éducation
- Recensement et entretiens avec les responsables des formations sanitaires et d'établissements scolaires privés.
- Entretiens avec les responsables d'associations communales intervenant dans le domaine de la santé et l'éducation

Pour cet objectif l'équipe n'a pas pu obtenir une liste exhaustive des organisations non gouvernementales intervenant dans les six sites. Cette difficulté est liée au fait que certaines

ont leur siège situé hors de la commune ou interviennent de façon ponctuelle ; d'autres par contre ont un récépissé de reconnaissance mais ne sont pas fonctionnelles.

Ainsi, l'étude n'a touché uniquement que celles qui ont leur siège dans la commune.

A partir des documents disponibles, des données ont été recueillies sur les textes régissant l'organisation et le fonctionnement des organisations non gouvernementales.

Le traitement des données collectées a fait ressortir leurs modes d'intervention, les budgets alloués aux deux secteurs, les critères de choix de leurs interventions...

- **Les pouvoirs coutumiers**

- Identification des différentes chefferies par site
- Entretiens avec les chefs traditionnels

A Houndé et Gaoua qui sont des communautés villageoises à pouvoir non centralisé, il n'existe que deux chefs (le chef de terre et le chef de village). A Dori, il n'y a que l'Emir du Liptako qui est aussi le Maire qui assure les deux responsabilités. Dans ces trois localités, les différents passages ont consisté à des entretiens avec ces chefs.

Par contre à Ouagadougou, Ouahigouya, Kaya qui ont des pouvoirs traditionnels fortement centralisé, un échantillonnage des chefs à interroger a été fait.

L'analyse a abouti sur le fait que les textes officiels régissant les rôles des pouvoirs traditionnels dans la politique de la décentralisation n'existe pas. Selon les sites et les formes de sociétés (pouvoir centralisé ou non) l'implication des pouvoirs traditionnels dans les politiques communales est différente.

- **Les prestataires de services**

- Recherche documentaire sur les principes actuels de gestion des services administratifs
- Entretiens avec les agents (santé et éducation) sur les politiques actuelles de gestion du personnel et d'orientation dans la prestation des services aux usagers.
- Administrations de questionnaires

L'analyse a permis de décrire l'organisation actuelle des ministères, les structures de décision et les logiques à la base de cette orientation.

### 2.3 DEROULEMENT DES TRAVAUX

Dès le mois d'**octobre 1997**, l'équipe chargée de la conduite de la recherche a été constituée et des rencontres entre les membres ont été organisées pour discuter de la recherche.

**février 1998** : les actions pratiques ont été lancées. Par la suite, chaque membre de l'équipe de recherche au regard de la responsabilité dont il avait la charge, s'est attelé à la conduite de son activité avec l'appui des assistants recrutés à cet effet.

Au cours de ce même mois, le coordonnateur du programme accompagné du Professeur MBOU Soucabé consultant du CRDI a eu une séance de travail avec l'équipe du Burkina au cours de laquelle, elle a exposé les grandes lignes de la démarche que l'équipe comptait utiliser.

**Juillet 1998** : l'équipe a produit son premier rapport d'activités trimestriel (Avril, Mai et Juin). Dans ce rapport, elle indiquait le travail déjà accompli et surtout proposait la démarche qu'elle comptait utiliser. Cette démarche était basée sur la réalisation dans le temps d'opérations de recherche

**Septembre 1998** : une première rencontre bilan au niveau de l'équipe a permis de faire le point de l'état d'avancement de la recherche. Ce premier bilan avait fait ressortir les difficultés rencontrées dans la collecte de certaines données préliminaires dans les sites.

**Février 1999** : lors de la rencontre de Yaoundé, il a été demandé à l'équipe du Burkina de s'en tenir à la démarche « consensuelle » adoptée par le PDM à savoir traiter les questions sous forme « d'objectifs » et non sous forme « d'opérations ». Cette décision a donc amené l'équipe du Burkina à revoir la démarche jusque là utilisée et naturellement la programmation. Ce qui fût fait, non sans problème en ce sens que cela amenait l'équipe à se réorganiser de manière à couvrir dans le même temps tous les objectifs. qu'elle s'était proposée d'approcher de façon chronologique. Pour ce faire, l'équipe a eu recours à un nombre plus importants d'assistants de recherche afin de pouvoir couvrir l'ensemble des sites et des objectifs au même moment. Des sorties sur le terrain ont donc eu lieu ce qui a permis de faire une première ébauche de l'ensemble des objectifs au mois de juin 1999.

**Juillet 1999** : au cours de la rencontre des équipes tenue à Ouagadougou, l'équipe a produit et présenté l'état d'avancement de la recherche. Tous les objectifs avaient été abordés et des esquisses de conclusions étaient déjà perceptibles. Néanmoins, l'équipe avait toujours quelques difficultés par rapport à certains acteurs comme les bailleurs de fonds et les ANG et dans une certaine mesure les chefs coutumiers. En effet, les problèmes étaient essentiellement liés à l'absence de données quantitatives pouvant aider à situer leur apport ou leur contribution dans la satisfaction des besoins des populations dans les domaines de la santé et de l'éducation.. Ce que l'équipe a tenté de minimiser en effectuant de nouvelles démarches auprès de ces acteurs avec l'appui officiel de la Commission Nationale de la Décentralisation (CND) au cours du dernier trimestre de l'année 1999. Malheureusement, si pour les chefs coutumiers, il était réellement difficile de collecter des données quantitatives en relation avec leurs actions dans le domaine de la santé et de l'éducation, par contre il y a eu un manque de coopération réelle de la part de certains bailleurs de fonds et ONG.

**Octobre 1999** : l'équipe recevait la visite de l'évaluateur du projet. Ce dernier a eu à parcourir 3 des 6 sites de la recherche où il a pu rencontrer certains acteurs.

**Décembre 1999** : le coordonnateur du projet profitant d'une mission, a rencontré l'équipe pour s'imprégner de l'état d'avancement de la recherche. A cette occasion, l'équipe du Burkina a demandé que le délai de dépôt du rapport soit repoussé en fin janvier 2000.

En plus des difficultés déjà mentionnées, l'équipe du Burkina a eu à faire face aux situations suivantes :

- Indisponibilité de certains responsables, certaines autorités municipales (maires) sont fréquemment absents de leur poste
- Les données quantitatives (les budgets alloués aux deux secteurs) sont difficiles à retrouver dans les services municipaux.
- Les autorités coutumières ne peuvent pas quantifier leurs actions
- Les acteurs non gouvernementaux n'ont généralement pas une comptabilité bien structurée. Ils ne peuvent donc pas fournir des données chiffrées.
- Certains bailleurs de fonds n'ont pas de représentation au Burkina Faso. Ceux qui ont leurs représentations n'ont pas tous été disponibles à fournir les précisions sur leurs contributions.

## CHAPITRE 3 :

### L'ETAT, QUELLE INFLUENCE DANS LE PROCESSUS ?

#### 3.1-L'ETAT ET LE PROCESSUS GENERAL DE DECENTRALISATION AU BURKINA FASO : LOGIQUES ET GRANDES ETAPES.

Comment s'est opéré le processus de décentralisation au Burkina Faso ? Quels rôles ont été confiés aux municipalités et quelles dispositions sont prises pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle notamment en matière de développement local et de satisfaction des besoins des populations particulièrement en matière de santé et d'éducation ?

Telles sont les questions auxquelles ce chapitre va tenter d'apporter des éléments de réponse.

La 'décentralisation' au Burkina Faso quand bien même elle serait perçue aujourd'hui comme une politique nouvelle remonterait, comme le montre Paul Kiemdé,<sup>3</sup> aux années d'avant l'indépendance du pays. Il rappelle que « Bobo Dioulasso et Ouagadougou, sont instituées communes mixtes dès 1926 et érigées en communes de plein exercice par la loi municipale du 18 novembre 1955 ». Il va sans dire toutefois que les différents modèles de décentralisation que le pays a connus depuis cette époque sont aussi variables que les contextes politique, économique, social qui leur ont servi de charpente. OUATTARA M. S. rappelle pour sa part les tentatives de décentralisation n'ayant pu aboutir parce qu'elles ont n'ont jamais conduit à la mise en place d'organes élus.

- En 1959, la loi N°41/59/AL autorisait la création de « délégations municipales dites délégations initiales destinées à préparer la mise en place de futures communes et à faciliter aux élites locales l'apprentissage de la gestion municipale ». C'est au terme de cette loi que furent créées six communes dont deux de plein exercice (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso et quatre de moyen exercice (Banfora, Kaya, Koudougou et Ouahigouya).

---

<sup>3</sup> Paul Kiemdé : *Etude de base sur l'état de la décentralisation au Burkina Faso* : Les aspects juridiques de la décentralisation, juin 1994

- En 1960, par la loi n°21/60/AN du 2 Février fut décidée la création de collectivités rurales dont l'existence a été consacrée par le Décret n°44/PRES/VPI/DI du 10 Novembre 1960. En 1964, ces collectivités étaient au nombre de quatre vingt trois (83).
- En 1994 , il fut crée Onze (11) départements qui, avec les communes constituent les collectivités territoriales décentralisées.
- A cela il faut ajouter la création des provinces en 1983

Le processus actuel de décentralisation est concomitant à celui de démocratisation intervenu au début des années 90. La constitution du 11 juin 1991 en prévoit le principe : l'article 143 de la constitution dispose que « le Burkina Faso est organisé en collectivités territoriales ». En outre le Programme d'Ajustement Structurel (P.A.S.) signé avec la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International en 1991 prévoit dans ses mesures d'accompagnement que soit engagé une décentralisation du pays. Le principe de l'organisation du Burkina Faso en collectivités territoriales sera concrétisé en 1993 par l'adoption de cinq lois suivies de leurs décrets d'application.

Pour accompagner et rationaliser ce processus de Décentralisation, l'Etat s'est doté d'un instrument de réflexion, la Commission Nationale de la Décentralisation (CND)<sup>4</sup> créée en 1993, qui est chargée principalement de l'élaboration des textes d'orientation sur la Décentralisation (TOD). La démarche burkinabè de la décentralisation se veut pragmatique, concertée et évolutive.

L'année 1995 a été marquée également par les élections municipales des 12 Février et 19 Mars 1995.

La question des modalités de structuration du territoire national est au cœur de l'ensemble des principes chargés d'orienter le processus de la décentralisation au Burkina Faso, qui s'est progressivement institué comme passage obligé pour l'exercice du gouvernement démocratique. En fait, en pensant ce dernier comme « phénomène de large participation à la gestion de la citée » la décentralisation apparaissait alors comme le moyen le plus adéquat, en ce qu'elle est supposée privilégier « le politique par le bas », pour impliquer les catégories sociales d'ordinaire exclues de fait du champ politique. Décentraliser équivaldrait ainsi à redistribuer le pouvoir à des entités sociales jugées représentatives des populations. «Le Burkina Faso a engagé un processus de décentralisation avec pour finalité

---

<sup>4</sup> Décret n° 93-359/PRES/PM du 16 novembre 1993.

d'instaurer une démocratie locale à même de promouvoir le développement durable à la base et de renforcer la démocratie nationale »<sup>5</sup>.

On peut distinguer deux idées forces dans l'idéologie qui sert de fondement et de justification à la mise en œuvre de la politique de décentralisation au Burkina Faso.

- « Au plan politique et culturel, la décentralisation se veut un approfondissement du processus de démocratisation amorcé depuis plus de cinq ans. En particulier, il ne faut pas oublier que la décentralisation est une prescription de la constitution.

- « La décentralisation burkinabé se veut un processus de mise en place d'un ensemble de dispositifs et de structures aptes à :

1° assurer une gestion responsable du patrimoine local par les communautés de base

2° préserver et valoriser les potentiels naturels et culturels

3° créer des infrastructures et un cadre de vie propice à l'initiative locale pour un développement durable des collectivités »<sup>6</sup>.

Démocratie et développement seraient donc consécutives à la décentralisation dont l'effectivité dépend on le sait d'un transfert de compétences de l'Etat vers les collectivités locales, qu'il faut comprendre à la fois comme délocalisation de l'autorité centrale et gestion locale du pouvoir politique.

En s'instituant comme condition première de la concrétisation de la politique de décentralisation, le découpage du territoire est le centre d'un nouvel enjeu dans l'espace politique. Ce sont les cinq (5) lois adoptées les 7 et 12 mai 1993 par l'Assemblée des Députés du Peuple (ADP) et promulguées le 6 juin 1993 qui constituent le référentiel officiel de la mise en œuvre effective du projet d'une décentralisation territoriale, dans sa nouvelle acceptation démocratique, au Burkina Faso. Il s'agit essentiellement des lois suivantes :

- Loi n° 003/93/ADP portant organisation de l'administration du territoire au Burkina Faso
- Loi n° 003/93/ADP portant organisation municipale
- Loi n° 005/93/ADP portant statut particulier de la province du Kadiogo et de la commune de Ouagadougou

---

<sup>5</sup> CND : *Décentralisation au Burkina Faso, une année de pratique communale : Bilan et perspectives* Ouagadougou, mai 1996, p1.

<sup>6</sup> CND : *la mise en œuvre de la politique de décentralisation au Burkina Faso*. Ouagadougou, juin 1994.

- Loi n° 006/93/ADP portant statut particulier de la commune de Bobo-Dioulasso
- Loi n° 007/93/ADP portant régime électoral des conseillers de village, de secteur communal, de département et de province.

Ces lois de 1993 édictent les premières règles de l'organisation d'un cadre territorial de la décentralisation. Elles ont permis la création des communes actuelles qui seront examinées dans le chapitre 5 (Municipalités).

Pour que les communes qui venaient d'être créées puissent démarrer et fonctionner après les élections de 1995, il a été mis en place le Service d'Appui à la Gestion des Communes (SAGEDECOM) et le Fonds de Démarrage des Communes ( FODECOM) (voir détails au chapitre 4 Bailleurs de fonds).

## **3.2. L'ETAT ET LE SECTEUR SANTE AU BURKINA FASO**

### **3.2.1. Diagnostic du secteur.**

Pour faire face aux nombreux problèmes de santé, la communauté internationale s'était fixée l'objectif social de la santé pour tous à l'an 2000 en adoptant la stratégie des soins de santé primaires (SSP) dont le but était la maîtrise des principaux problèmes de santé des communautés et dont les principes sont les suivants : l'équité, la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. Cette option se justifiait par les postulats suivants :

- La santé est un droit fondamental des populations. S'il est vrai que les Gouvernements ont la responsabilité de la santé des populations, il est aussi vrai que chaque individu a le devoir de participer au développement de sa propre santé ;
- La santé se définit comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie. Elle implique une collaboration intersectorielle pour la promouvoir, la maintenir ou la restaurer.

Devant la crise de la santé qui s'aggrave et prenant en considération les principes fondamentaux cités ci-dessus, les responsables africains ont posé des actes en vue de faire face aux graves problèmes de développement sanitaire en Afrique.

Le Burkina Faso à l'instar de tous les pays en voie de développement a souscrit aux différentes recommandations et résolutions issues des rencontres internationales aussi bien mondiales qu'africaines. Il avait adopté la stratégie des soins de santé primaire pour faire accéder sa population à la santé pour tous à l'orée de l'an 2000. Avec l'appui de nombreux partenaires, le pays a déployé au cours de la période 1983/1990, de grands efforts dans les domaines tels que :

- L'extension de la couverture sanitaire
- La déconcentration des services de santé
- L'information du public sur les grands problèmes de santé etc..

Malgré ces efforts, la situation sanitaire reste préoccupante. En effet, l'état de santé des populations est caractérisée par des taux élevés de mortalité générale (17,5 pour mille), infantile (134 pour mille) et maternelle (610 pour 100.000 naissances vivantes). Cette situation est imputable aux facteurs suivants :

1° l'insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire.

- Médecin : En 1993, on comptait un médecin pour 34.027 habitants. En 1999, la situation était de un médecin pour 21.046 habitants. La norme de l'OMS était de un médecin pour 10.000 habitants
- Infirmier diplômé d'Etat : En 1993, on comptait un infirmier pour 12.002 habitants. En 1999, un infirmier pour 7.389 habitants. La norme était de un infirmier pour 5.000 habitants
- Sage femme d'Etat et Maëticiens d'Etat : En 1993, un pour 31.435 habitants. En 1999, un pour 21.729 habitants. La norme de l'OMS était de un pour 5.000 habitants

En 1990, les services de santé publique ont enregistré 0,4 contacts par an et par habitant dont 0,3 nouveaux contact par habitant et par an. 67% des utilisateurs des services de santé résidaient dans un rayon de 5 km autour de leur formation sanitaire ;

2° l'insalubrité de l'environnement, l'insuffisance des mesures d'assainissement de base et de fournitures d'eau potable ;

3° la persistance des endémo-épidémies (lèpre, tuberculose, paludisme...) aggravée par l'apparition du sida ;

4° la persistance de la sous alimentation, de la malnutrition protéino-énergétique et des autres carences nutritionnelles

5° la faiblesse des ressources financières : le gouvernement consacre annuellement entre 6 et 7% du budget national à la santé

### **3.2.1.2 Déconcentration et décentralisation des services de santé.**

Depuis le début des années 1990, le Burkina Faso s'est engagé dans un vaste programme de réforme de son système sanitaire avec pour objectif d'assurer des soins de meilleures qualités au plus grand nombre de burkinabé. Les axes essentiels de cette réforme sont entre autres :

- Le renforcement de la décentralisation avec l'opérationnalisation progressive des 53 districts sanitaires ;
- La réorganisation du système par la création des Directions Régionales de la Santé comme niveau intermédiaire devant assurer un appui technique efficace aux districts sanitaires ;
- La réforme hospitalière<sup>7</sup>.

Depuis lors, la structuration sanitaire se présente ainsi qu'il suit :

- Le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) est le niveau de soins le plus périphérique, le premier échelon de soins. Il doit comprendre dans la même enceinte un dispensaire et une maternité. Il a une capacité d'hospitalisation de 6 lits. L'effectif de son personnel doit être de 4 agents. Les activités se résument à la consultation curative, la consultation prénatale, celle des nourrissons sains, la planification familiale, les accouchements et la participation communautaire. Les patients dont les problèmes de santé ne peuvent être résolus au CSPS sont transférés au centre médical.

- Le Centre Médical (CM) est le deuxième niveau de soins. Il est le premier échelon de référence et de recours des CSPS. Il doit comprendre des services d'hospitalisation (20 lits) et des services de soins ambulatoires. L'effectif de son personnel doit être de 16 agents qualifiés. Les activités sont la consultation curative de référence et l'hospitalisation, les accouchements, les activités de laboratoires et des activités d'évaluation des services des CSPS. Il lui a été adjoint la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, d'où le changement d'appellation de centre médical en centre médical avec antenne chirurgicale (CMA).

- Le Centre Hospitalier régional (HCR) est le troisième niveau de soins. D'une capacité d'hospitalisation de 140 lits environ, le C.H.R doit compter un service de médecine, un service de chirurgie, un service de maladies infectieuses et un service de santé mentale. L'effectif de son personnel doit être d'environ 35 agents techniques.
- Le Centre Hospitalier National est le niveau le plus élevé. Sa vocation est de prendre en charge les patients dont le problème de santé n'a pu être résolu au niveau des autres formations. Il est également un lieu de formation des différentes catégories de personnels et de recherche. Ils sont au nombre de deux : les centres hospitaliers nationaux de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso.

### **3.3. L'ETAT ET LE SECTEUR EDUCATION AU BURKINA FASO**

#### **3.3.1- Diagnostic du secteur.**

Les colloques et séminaires organisés depuis ces dernières années, ainsi que les multiples études consacrées à l'éducation au Burkina Faso, tous ordres d'enseignements confondus, auront fini par familiariser tous les acteurs et bénéficiaires du système éducatif, avec les efforts déployés par celui-ci certes mais surtout avec les contraintes multiformes, les insuffisances quantitatives et qualitatives qui réduisent l'efficacité interne comme externe de l'éducation au Burkina Faso. Au titre des efforts, il convient de relever l'accélération sensible du taux brut de scolarisation depuis ces dernières années grâce à une volonté politique affirmée en faveur de l'éducation, un meilleur engagement des populations et une aide internationale et bilatérale en la matière.

Cependant, l'effet de ces efforts tant de la part de l'Etat que de celle des partenaires au développement, est constamment réduit du fait d'une demande en éducation particulièrement forte, un taux élevé de déperdition scolaire, une efficacité externe médiocre et des coûts unitaires élevés. Globalement, le taux de scolarisation (19% tous les ordres d'enseignement confondus ) demeure très bas malgré les sacrifices consenties par les familles, les collectivités, les organisations non gouvernementales et le fait qu'une bonne partie au budget national (près de 24%) lui est consacrée.

A ce faible taux de scolarisation s'ajoute le taux élevé des déperditions scolaires, expression de la déficience interne du système et les contraintes sociales, culturelles et économiques qui

---

<sup>7</sup> Ministère de la santé. Lettre de mission pour les directeurs régionaux de la santé, Août 1996.

en limitent l'extension. Une analyse de la carte scolaire du Burkina Faso laisse en outre apparaître de grandes et graves disparités selon les régions, les provinces et les communes. Depuis le début de l'indépendance du pays en 1960, plusieurs réformes de profondeurs variables, ont été envisagées voire exécutées en vue de l'amélioration quantitative et qualitative du système éducatif burkinabè. Aujourd'hui encore le problème est à l'ordre du jour, le mal étant toujours là, loin d'être maîtrisé et traité. Le gouvernement du Burkina Faso a engagé un vaste programme d'éradication de l'analphabétisme avec pour objectif stratégique, la scolarisation universelle (60% en l'an 2000 et 100% en l'an 2010)<sup>8</sup> et d'élever l'éducation au rang des priorités numéro 1 du pays. La réalisation de ce vaste et ambitieux programme suppose la définition de solutions efficaces. Le désengagement progressif de l'Etat dans les réalisations et la gestion d'infrastructures scolaires a fait que la nouvelle politique a abouti à l'identification de quatre sources principales de financement de l'éducation. Il s'agit de l'Etat et des collectivités locales (provinces communes), les parents d'élèves, les organisations non gouvernementales et les bailleurs de fonds.

### **3.3.2 Déconcentration et décentralisation du secteur.**

Tout comme dans le domaine de la Santé, le système éducatif a connu un réel effort de déconcentration avec le temps. La décentralisation de ce secteur reste beaucoup moins poussée que celle de la santé. La loi d'orientation de l'Education distingue trois types d'éducation : l'éducation formelle, l'éducation non formelle et l'éducation informelle et quatre niveaux d'enseignement : le préscolaire, l'enseignement du premier degré, l'enseignement du second degré et l'enseignement supérieur, la formation technique et professionnelle étant prise en compte dans chacun de ses niveaux.

Le système éducatif burkinabè est géré principalement par deux ministères : le ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation (MEBA) pour le primaire et le ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESSRS) pour le secondaire et le supérieur. Le préscolaire a été géré par le ministère de l'Action Sociale et de la famille avant de passer sous la tutelle du MEBA ces dernières années. Plusieurs autres départements ministériels interviennent dans l'éducation mais à titre secondaire. Il en est ainsi du Ministère de l'agriculture avec les Formations des Jeunes Agriculteurs, le ministère de l'Action Sociale et de la Famille pour le préscolaire etc. Chaque département

---

<sup>8</sup> Actes des Etats Généraux de l'Education - Ouagadougou 5 - 10 septembre 1994.

ministériel dispose d'écoles de formation professionnelle (santé humaine, santé animale, fonction publique, administration territoriale, poste et télécommunications, équipement etc.). Dans les deux ministères, la déconcentration administrative est effective. Le ministère des Enseignements Secondaire est organisé à travers des directions régionales (DRES) au nombre de onze. Pour l'enseignement de base, chaque école dépend d'une inspection de l'enseignement primaire qui rend compte à la direction provinciale (DPEBA) au nombre de quarante cinq. Les directions provinciales composent la direction régionale (DREBA) dont le nombre est de douze .

## **CHAPITRE 4 :**

### **LES BAILLEURS DE FONDS : QUELLE INFLUENCE DANS LE PROCESSUS ?**

#### **INTRODUCTION**

S'il y a un domaine qui a retenu l'attention des partenaires au développement ces dix dernières années, c'est bel et bien la décentralisation. Généralement présentée comme étant une des nouvelles conditionnalités (exigences) de l'aide au développement, la décentralisation est sans conteste un domaine qui requiert l'attention des acteurs et partenaires du développement.

Le Burkina Faso n'échappe pas à la règle. Mieux, il semble que le processus de décentralisation en cours depuis le début des années 1990, serait une expérience exemplaire dans la sous région. Qui sont les bailleurs ? Comment les bailleurs apprécient-ils le processus en cours ? Quels services financent-ils et à quels niveaux ? Quelles sont leurs attentes et concrètement comment se matérialise leur appui au processus ? Quels mécanismes sont utilisés ? Finalement quel impact peut-on voir à travers ces appuis non seulement sur le processus général de décentralisation mais aussi et surtout sur la situation des secteurs sociaux de l'éducation et de la santé ? Telles sont les principales questions auxquelles le présent chapitre se propose d'apporter des éléments de réponse.

#### **4.1 L'IMPLICATION DES BAILLEURS DANS LE PROCESSUS DE LA DECENTRALISATION AU BURKINA FASO**

##### **4.1.1. Définition**

Ont été identifiées comme étant des bailleurs de fonds dans le cadre de la recherche, toutes institutions intervenant dans le cadre de la coopération multilatérale, bilatérale et décentralisée et qui apporte un appui financier et ou matériel au processus de décentralisation et aux secteurs spécifiques que sont l'éducation et la santé.

#### **4.1.2 Identification des bailleurs de fonds**

L'identification des bailleurs de fonds qui appuient la décentralisation au Burkina Faso et les secteurs de la santé et de l'éducation a été faite au regard de la nature de leurs interventions. Ainsi, ont été répertoriés, les bailleurs intervenant dans l'appui au processus général de décentralisation et ceux dont l'action est centrée sur l'appui aux secteurs de la santé et de l'éducation. Comme le montre le tableau ci-dessous, ce sont donc les Institutions 'classiques' intervenant dans la coopération au développement (multilatérale et bilatérale ) qui ont été recensés comme bailleurs de fonds. La coopération décentralisée y figure aussi ; cependant en dehors de quelques interventions dans certaines communes, (Ouagadougou, Ouahigouya et Kaya), cette dernière catégorie de bailleurs n'est pas très présente dans les autres communes retenues dans le cadre de la présente recherche.

**Tableau 4.1: Bailleurs de fonds identifiés intervenant dans le secteur de la décentralisation/domaines santé et éducation et leurs sphères géographique d'intervention au Burkina Faso**

Bailleur de fonds	Nature du bailleur	Secteur/Domaine de financement	Sphères d'intervention
Banque Mondiale	Coopération multilatérale	Décentralisation Santé, Education	National
Union Européenne	Coopération multilatérale	Décentralisation Santé, Education	National
OMS	Coopération multilatérale	Santé	National
UNICEF	Coopération multilatérale	Santé, Education	National
Coopération française	Coopération bilatérale	Santé, Education	Ouagadougou
Pays-Bas	Coopération bilatérale	Décentralisation Santé, Education	National
Allemagne	Coopération bilatérale	Décentralisation Santé, Education	National
Caisse Française de Développement	Coopération bilatérale	Santé, Education	National
Coopération allemande	Coopération bilatérale	Décentralisation Santé, Education	National
Coopération Suisse	Coopération bilatérale	Décentralisation	National
Danemark	Coopération bilatérale	Décentralisation Santé, Education	National
Canada	Coopération bilatérale	Décentralisation Santé, Education	National
Ville de Loudun (France)	Coopération décentralisée	Santé, Education	Ouagadougou
Chambery	Coopération décentralisée	Santé, Education	Ouahigouya
Cremona, Chateaux et Herzeguenrach	Coopération décentralisée	Santé, Education	Kaya
Fontenay le Comte	Coopération décentralisée	Santé, Education	Gaoua
Alexis le Vieux	Coopération décentralisée	Santé, Education	Dori

### 4.1.3 les stratégies de soutien au processus général de la décentralisation

La mise en œuvre de la politique de décentralisation a bénéficié de l'appui de la coopération internationale à travers les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux . Cet appui s'est réalisé sous trois formes :

- l'appui technique
- l'appui financier
- l'appui au développement des ressources humaines

#### 4.1.3.1. *l'appui technique*

La politique de la décentralisation a bénéficié de nombreux appuis techniques tant au niveau de la conception qu'à celui de l'instrumentation ou des appuis directs aux communes.

Les appuis à la conception : ils ont été essentiellement orientés vers les structures chargées de la conduite du processus de décentralisation dont les deux principales sont le Ministère de l'Administration Territoriale et de la Sécurité (MATS) et la Commission Nationale de la Décentralisation (CND).

Par rapport à la CND, les appuis à la conception fournis par les bailleurs de fonds ont été évalués à environ 1,7 milliards de FCFA<sup>9</sup>. La CND a ainsi pu réaliser une série d'études qui ont permis l'élaboration de plans d'actions et la définition de stratégies de formation des élus et du personnel des communes. Cet appui a également servi à l'organisation de séminaires et de campagnes de communication sur les aspects relatifs à la politique de décentralisation. Enfin, l'appui à la conception a également permis le recrutement de personnel national et international technique.

Quant au Ministère de l'Administration Territoriale et de la Sécurité, l'appui (environ 1,5 milliards de FCFA) dont il a bénéficié a été essentiellement utilisé pour l'organisation des élections municipales de février 1995 <sup>10</sup>.

Les appuis à l'instrumentation : l'appui aux communes s'est faite à travers trois structures. Il s'agit de la Direction d'Appui aux Collectivités Locales (DACL) du Ministère des Travaux publics et de l'Urbanisme, du Programme d'Appui au Renforcement des

<sup>9</sup> La décentralisation au BF, une année de pratique municipale, p.35

<sup>10</sup> idem

Municipalités Africaines (PARMA) et du Service d'Appui à la Gestion et au Développement des Communes (SAGEDECOM). Ces trois structures avaient pour principale mission d'appuyer les collectivités locales dans l'élaboration et la mise en oeuvre de leurs plans et projets de développement.

Les appuis directs : Ce type d'appui aux collectivités<sup>11</sup> locales a été matérialisé à travers les activités menées par deux structures : l'agence Faso Baara et l'Etablissement Public Communal pour le Développement (EPCD). Si Faso Baara exécute au profit des collectivités locale des programmes de travaux définis par l'Etat dans le cadre de conventions conclues avec certains bailleurs de fonds (Banque Mondiale, Coopération Allemande entre autres), l'EPCD, par contre a été conçue dans le cadre du programme des dix villes moyennes pour pallier les difficultés rencontrées par les communes à jouer le rôle d'impulsion du développement local. Ses principales activités tournent entre autres autour de la préparation des plans de développement économique, de l'élaboration du programme annuel de développement de son suivi et évaluation, de l'examen et de l'adoption des budgets d'investissement

#### 4.1.3.2. *l'appui financier*

Là également, deux mécanismes ont été développés dans l'appui financier à la mise en oeuvre de la politique de décentralisation :

- Les instruments financiers d'appuis au développement municipal
- Le financement direct des projets au niveau communal et local.

**Le Fonds de Démarrage des Communes (FODECOM)** : c'est une ligne de crédit d'un montant de 1,414 millions de FCFA mise en place au sein de la CND et destinée à couvrir les dépenses de première installation des communes de plein exercice les plus nécessiteuses (Ouagadougou et Bobo Dioulasso exclues). Ce fonds a ainsi servi aux travaux de construction ou de réfection des locaux (mairies essentiellement), à l'achat de fournitures et matériel de bureau ainsi qu'au matériel roulant (deux roues), et à la prise en charge de frais de personnel jugé indispensable. En dehors donc de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso, toutes les autres communes touchées par la présente recherche (Gaoua, Houndé, Ouahigouya, Kaya et Dori) ont bénéficié d'un appui de ce fonds.

---

<sup>11</sup> Jean Pierre ELONG MBASSI (Coord) : « *Etat des lieux dans le secteur de la décentralisation au Burkina Faso* », op cit p.47

**Le Fonds d'investissement des Communes (FIC) :** C'est un fonds qui a été jusque là essentiellement soutenu par la Coopération Allemande (KFW). Elle a ainsi consacré environ 1700 millions de FCFA sur une période de 30 mois. L'objectif poursuivi est de favoriser l'autogestion des communes suivant deux axes : d'une part la responsabilisation des communes dans le choix de leurs priorités ; d'autre part, l'augmentation des capacités financières des communes à travers des projets générateurs de recettes pour le budget communal<sup>12</sup>. Ce fonds finance donc en priorité les projets générateurs de revenus.

**Le financement des projets communaux :** les communes burkinabè bénéficient directement de nombreux programmes d'appui financés par la coopération multilatérale, bilatérale, décentralisée et l'agence Faso Baara. Ainsi cette dernière institution aurait réalisé depuis 1992, près de 250 projets sur Ouagadougou et Bobo Dioulasso pour un montant de plus de 4 milliards de FCFA<sup>13</sup>. Elle conduit également une série de programmes qui ont un impact sur les conditions de vie des populations locales.

Cependant, force est de constater que d'une manière générale, en dehors des actions conduites par Faso Baara et quelques autres projets de portée plus général, les financements des projets communaux réalisés dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale ont essentiellement touchés les communes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> projet de développement urbain, Fonds Social de Développement (FSD) mis en place par la Caisse Française de Développement au lendemain de la dévaluation du FCFA). Enfin, on peut mentionner les projets de développement local mis en oeuvre à travers des fonds de la coopération décentralisée ou à travers des ressources mobilisées par les ONGs. Environ 6,9 milliards de FCFA auraient été mobilisés dans le cadre de ce type de financement.<sup>14</sup>

#### 4.1.3.3. *l'appui au développement des ressources humaines*

Si les appuis techniques et financiers sont des éléments importants dans la mise en oeuvre de la politique de décentralisation, les ressources humaines n'en demeurent pas un aspect clé de cette mise en oeuvre. C'est pourquoi, la formation du personnel des administrations communales a été perçue comme une nécessité dans la mise en oeuvre de la décentralisation. Ainsi, avec l'appui des bailleurs de fonds, la CND a initié des séries de

---

<sup>12</sup> Idem. pp. 58/59

<sup>13</sup> Idem, p.60

<sup>14</sup> CND : « *La décentralisation au Burkina Faso, une année de pratique communale* », mai 1996, p.35

formation à l'attention des élus locaux et des personnels de l'administration communale. La GTZ (coopération Allemande) a été particulièrement intéressée par ce type d'appui en intervenant pour près d'un demi milliard de FCFA pour la réalisation de modules de formation au profit des élus, pour le financement des activités de recherche-action ainsi que pour la réalisation d'échanges d'expériences. Le Ministère de l'Administration Territoriale et de la Sécurité a aussi bénéficié de ce type d'appui au profit de son personnel. En effet, près de 100 millions de FCFA ont été débloqués par le Fonds d'Aide et de Coopération pour la formation des élus et 250 millions de FCA pour la formation du personnel local.

Les bailleurs de fonds au regard de ce que nous venons de voir ont porté un grand intérêt dans le financement de la politique de décentralisation conduite depuis 1992 au Burkina Faso. Si l'on comptabilise les montants alloués aux différents types d'appuis énumérés ci-dessus<sup>15</sup>, il ressort que plus de 18 milliards de F CFA ont été alloués par les différents bailleurs de fonds au secteur de la décentralisation. Cet aperçu sur l'appui technique, financier et institutionnel fourni par les bailleurs de fonds montre le caractère centralisé des appuis apportés par ces derniers au processus de décentralisation. Les bailleurs de fonds semblent ainsi avoir privilégié le côté instrumentalisation de la décentralisation au détriment de l'appui direct sur le terrain. Dans ces conditions comment peut-on apprécier le rôle joué par les bailleurs de fonds dans l'amélioration de l'offre de services en matière de santé et d'éducation dans les structures décentralisées au niveau local ?. En d'autres termes, le financement des secteurs de la santé et de l'éducation a t il accompagné l'intérêt qui a été porté à la mise en oeuvre de la politique de décentralisation menée au Burkina Faso ?

#### **4.2-APPUI DES BAILLEURS DE FONDS DANS LES SECTEURS DE LA SANTE ET DE L'EDUCATION**

Une des finalités de la politique de décentralisation est assurément de favoriser l'éclosion d'initiatives au niveau local qui accompagnent l'amélioration de la situation des secteurs du développement de façon générale. L'article 5 de la loi 003 reconnaît aux collectivités territoriales la liberté de nouer des relations de coopération avec des organisations extérieures au Burkina Faso, dans le respect des dispositions légales en cette matière. Il établit également la capacité des collectivités territoriales à créer ou acquérir des établissements sociaux, culturels ou économiques. La santé et l'éducation constituent des

secteurs prioritaires au Burkina Faso. L'analyse de la situation de ces deux secteurs (cf. chapitre 1) a montré non seulement l'importance de ces deux secteurs dans le développement du pays, mais également le niveau encore faible de l'offre de ces deux secteurs par rapport aux attentes des populations. Les 6 communes retenues par l'étude à l'exception de Houndé sont toutes des anciennes communes. Des infrastructures scolaires et sanitaires existaient avant les élections municipales de 1995. Depuis la mise en œuvre de la décentralisation, comment se présente la situation des deux secteurs sociaux ?

#### **4.2.1-L'intervention des bailleurs 'classiques'**

Une institution comme la Banque Mondiale accorde des prêts aux Etats. Elle intervient au Burkina Faso depuis les années 1980. Elle a eu à signer un premier programme avec l'Etat burkinabé, qui concernait l'éducation de base. Il s'est étalé de 1985 à 1993. Un second fut ensuite signé en 1994 et a pris fin en juin 1999. Ce deuxième programme portait sur la construction d'écoles et le recrutement d'enseignants. Les prêts que la Banque accorde au Burkina Faso se font par l'intermédiaire de l'IDA à un taux d'intérêt de 0,5% (taux applicable aux pays pauvres). Dans le cadre du projet « Enseignement post primaire 1998-2003 » qui porte sur la construction d'une cinquantaine de Collèges d'Enseignement Général, elle a accordé un prêt d'environ 36 millions de dollars US au pays. Les accords sont signés avec l'Etat et non pas avec les communes.

En plus des institutions financières, d'autres partenaires financiers de la coopération bilatérale sont présents et interviennent dans presque tous les domaines. A ce niveau également, chaque bailleur a sa logique et ses méthodes d'intervention. Quelques illustrations

##### L'Allemagne

La coopération au développement entre la République Fédérale d'Allemagne et le Burkina Faso date des années 1960. Cette coopération qui ambitionne l'amélioration des conditions de vie des populations s'articule autour des domaines suivants :

- le développement rural et la protection des ressources naturelles ;
- les infrastructures sociales, notamment sur le plan de l'adduction d'eau potable urbaine, l'hydraulique villageoise, la santé primaire et le planning familial ;

---

<sup>15</sup> Ce montant n'est pas exhaustif en ce sens que toutes les contributions n'ont pas pu être comptabilisées

- le secteur privé et les infrastructures économiques notamment l'artisanat, la formation professionnelle, le système routier et l'énergie ;

Cette coopération s'exécute à travers trois structures mises en place. Il s'agit :

- La "Kreditanstalt für Wiederaufbau (KFW)" Banque pour la reconstruction en faveur de projets réalisés dans le cadre de la coopération financière ;
- La "Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), société allemande pour la coopération technique.
- La "Deutscher Entwicklungsdienst (DED), service de développement allemand, responsable du recrutement et de l'envoi au Burkina Faso de volontaires allemands et européens.

Au titre des projets menés dans le cadre de la coopération allemande dans le secteur de la santé, on peut noter :

- Le programme réhabilitation de centres médicaux financé par la KFW. Le maître d'oeuvre du programme était le ministère de la santé. Débuté en avril 1995 la durée du programme était de 36 mois pour un montant global de 9 millions de DM. Ce programme visait l'amélioration du système des soins médicaux curatifs et préventifs et l'état de santé des habitants.
- Le Projet de Marketing sociale de CONDOMS (PROMACO) / phases 1 et 2 financé par la KFW, ce projet vise la réduction du taux d'infections VIH au Burkina Faso et l'espacement des naissances. La première phase débutée en juillet 1994 a été évaluée à 15 millions de DM (14 millions sur ressources de la coopération financière et 1 million en tant que prestation de contrepartie Burkinabè)... La seconde phase (débutée en 1998) se chiffre à 10,9 millions (10 millions sur ressources de la coopération financière et 900 000 en tant que prestation de contrepartie Burkinabè).

### *L'Union Européenne*

L'Union Européenne intervient dans plusieurs secteurs d'activités au Burkina Faso. Les appuis dont bénéficie le pays se font sous forme de prêts et d'aides. Les prêts sont alloués à travers les projets. Les aides se font au niveau ministériels par la prise en charge de certaines lignes budgétaires. L'institution selon ses responsables intervient dans le cadre de l'appui à la mise en oeuvre effective de la déconcentration des services administratifs.

L'appui financier aux secteurs sociaux (santé et éducation) se présente ainsi depuis 1993.

- Secteur de la Santé

Tableau 4.2\* : *Appui budgétaire « couverture des dépenses inscrites au budget de l'Etat*

Poste d'intervention	Valeur en F CFA ( en million de F CFA)						
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Dépenses d'investissement	2 141	1 671	2 676	2 582	3 736	3 235	6 489

Les financements des projets et des Organisations non gouvernementales l'assistance technique institutionnelle et l'appui ponctuel à certaines opérations (épidémies par exemple) directement gérés par Bruxelles, n'ont pas pu être comptabilisés.

- Secteur de l'Education

L'Union Européenne appui l'éducation de base. Les interventions portent sur le salaire du personnel, la formation, l'équipement, les constructions... Les différents tableaux font ressortir pour les années 1993, 1994, 1995 et 1996 le volume du montant alloué au ministère de l'enseignement de base (pour les années 1997, 1998 et 1999 se référer à l'annexe 3).

**Tableau 4.3: Dépenses éducation Année 1993 et 1994**

Postes d'intervention	Montant en F CFA	
	1993	1994
Personnel : salaires, pécule des agents du service national	740 000 000	946 147 000
Formation : péculés des élèves des écoles nationales du primaire. Charges récurrentes de l'école nationale, formation des enseignants	200 000 000	265 620 000
Matériel et équipement : achat de tables bancs, de petits matériel, de consommation, transport...	620 000 000	708 424 000
Réfections constructions : réfections d'écoles, inspections, directions provinciales, achat de matériels de construction...	115 000 000	150 420 000
Cantines scolaires : achat de denrées	90 000 000	130 990 000
Total	1 765 000 000	2 202 601 000

**Tableau 4.4: Dépenses éducation Année 1995 et 1996**

Poste d'intervention	Montant en F CFA	
	1995	1996
Personnel : salaires	258 534 000	440 420 000
Matériel : réfection des écoles, des inspections, formation, recyclage	548 000 000	605 815 000
Transfert courants : pécule des élèves, transport, achat de denrées...	494 500 000	1 596 517 000
Investissement : Construction des inspections, Achat de tables bancs, achat de bureaux, chaises...	660 200 000	
Total	1 961 234 000	3 924 366 000

Des différents tableaux il ressort que d'années en années le montant des appuis s'est accru. Egalement, on peut noter que le bailleur au cours de la période, a abandonné certains postes au profit d'autres postes (renforcement). Sur le tableau 2 ? ? ? ?, il ressort qu'en 1996,

\* Lire tableau 1 du chapitre 4. Cette technique de numérotation des tableaux est adoptée dans tout le rapport.

l'Union Européenne n'a octroyé aucun appui dans le volet investissement. De même dans les appuis faits pour les années 1998 et 1999 elle n'a pas pris en compte le volet rémunération du personnel (confère annexes). Mais elle continue à appuyer le volet formation des élèves maîtres et l'équipement des services centraux et rattachés.

#### *Le Royaume des Pays-Bas*

Les interventions de ce pays s'apparentent à celles de l'Union Européenne. Mais contrairement aux appuis de l'Union Européenne, les Pays-Bas appuient le pays à travers les structures administratives et les structures décentralisées. Les financements sont faits à travers des plans et programmes.

Des six communes retenues pour la recherche, les Pays-Bas interviennent dans la région de Kaya, à travers un programme d'appui à la décentralisation du secteur sanitaire. Cette région couvre 4 districts (Barsalogo, Boulsa, Kaya et Kongoussi). Les districts ont leur plan annuel de développement et l'appui est fait à partir de ce plan. Les fonds alloués au secteur de la santé en 1998 se sont élevés à 1 500 000 000 F CFA dont 300 000 000 de F CFA pour la région de Kaya.

#### **4.2.2-La coopération décentralisée.**

La loi d'orientation a défini les compétences allouées à chaque entité décentralisée. Cependant, l'absence de textes d'application fait que les interventions des collectivités locales se font sans un cadre bien défini. Selon les responsables communaux, la question sanitaire est inscrite dans les besoins prioritaires et chaque année le volet santé est pris en compte dans l'élaboration des budgets. Les communes n'ont pas les mêmes niveaux de développement. Les initiatives sont propres à chaque commune et les relations que certaines communes entretiennent avec des partenaires étrangers participent beaucoup à l'amélioration de l'offre des services.

Des six communes retenues, Ouagadougou semble être privilégiée dans le domaine sanitaire du fait du jumelage qui existe entre cette commune et la ville de Loudun en France. Le tableau ci dessous donne les informations sur les appuis faits par Loudun à la commune de Ouagadougou depuis 1988

Tableau 4.5 : Appuis de Loudun à Ouagadougou dans le domaine de la santé de 1988 à 1998

Année	Désignation	Contribution
1988	Construction de la pharmacie de Bissighin	754 701
1988	Construction atelier de fabrication de sirop	380 000
1988	Fourniture de médicaments	4 000 000
1989	Construction dispensaire de Balkuy 1ère tranche	2 900 000
1991	Construction dispensaire de Balkuy 2ème tranche	2 000 000
1992	Financement médicaments	3 500 000
1993	Equipement dispensaire Balkuy	1 000 000
1993	Forage Polesgo	3 500 000
1994	Fournitures médicaments	4 000 000
1994	Construction dispensaire de Polesgo	8 465 000
1995	Construction logement infirmier Polesgo	11 649 652
1995	Construction logement sage femme Polesgo	10 301 550
1995	Construction maternité Polesgo	14 107 633
1996	Aide aux centres de santé et de promotion sociale	3 207 996
1997	Lutte antipaludique par moustiquaire imprégnées	5 000 000
1997	Latrines publiques	9 871 501
1998	Panneaux solaires maternité Polesgo	2 599 186
1998	Programme lutte antipaludique par moustiquaire imprégnées	5 000 000
1998	Latrines plus kiosques	21 875 000

Pour ces différentes réalisations, l'apport de la mairie de Ouagadougou se résume en main d'œuvre, en matériel, aux frais locaux et services divers.

Toujours dans la logique de la Coopération « Ouagadougou-Loudun » un projet pilote dénommé "projet LAMI" (Lutte anti-paludique par moustiquaires imprégnées) a été initié. La première phase de ce projet a couvert la période 1996-1998. Le projet avait pour objectif de :

- placer à des prix sociaux 15 000 moustiquaires dans le quartier Pissy du secteur 17 de l'arrondissement de Boulmiougou
- mesurer la valeur sanitaire et sociologique de cette méthode de lutte

Les partenaires associés étaient :

- La mission française de Coopération, le comité de jumelage de Loudun, l'Association Homme Santé Tropicque
- La commune de Ouagadougou, le comité local de jumelage, la mairie de l'Arrondissement de Boulmiougou, l'Institut National des Sciences des Sociétés et l'Association Nong-Taaba.

Le bilan comptable au 31 décembre 1998 faisait ressortir au titre des subventions 23 019 000 FCFA pour la coopération française, 10 990 000 FCFA pour la ville de Loudun et 10 435 250 FCFA pour l'Association Homme Santé Tropicque.

A l'issue des trois ans bien que le projet n'ait pas pu réaliser ses objectifs quantitatifs, il a néanmoins contribué à diminuer le taux de mortalité palustre. Un autre programme triennal 1999-2001 a été élaboré et la contribution de la ville de Loudun est estimée à 44 000 000 CFA

En plus de Ouagadougou, les autres communes à l'exception de Houndé sont aussi jumelées à des villes de pays du nord. Dans le domaine sanitaire, les appuis dont ces communes ont bénéficié ont été essentiellement des dons de matériels pour lesquels il était difficile de les évaluer financièrement. Par exemple à Dori des dons de médicaments sont faits ponctuellement par la commune Anneçy-Le-Vieux (France).

En matière d'éducation, la coopération décentralisée semble être moins présente que dans le secteur de la santé. On constate plutôt l'existence de liens de coopération entre Etablissements (secondaires) de pays du nord avec ceux du Burkina.

Le lycée Bogodogo de Ouagadougou est jumelé au lycée Léon Blum de France. Il a bénéficié de documents pédagogiques, d'une machine à écrire, d'un micro-ordinateur, d'un magnétoscope et d'un fax.

Le lycée Nelson Mandela de Ouagadougou est jumelé avec Montpellier et Martigues. Il bénéficie de dons en matériel pédagogiques.

Le lycée Mixte de Goughnin (Ouagadougou) a dans le cadre du jumelage avec Children Edge Link (Grande Bretagne) bénéficié de la somme de 800 000 FCFA pour l'année scolaire 1992-1993. En 1994 il a bénéficié de matériels pédagogiques, en 1996 il a eu une dizaine de calculatrices et une radio combinée.

La ville de Gaoua a par le biais du jumelage, construit une bibliothèque d'un montant de 9 000 000 FCFA. D'autres actions ont été faites, mais les autorités municipales ne sont pas arrivées à les quantifier.

Toutes les actions menées dans le cadre du jumelage contribuent à l'amélioration des services de santé et d'éducation. Le jumelage constitue un appui important pour certaines communes. Mais les actions demeurent limitées. Cependant, il n'y a pas de lien direct entre ces actions et le processus de décentralisation. Ces actions menées ne sont pas du fait de la décentralisation en cours depuis 1992. Néanmoins, elles contribuent à l'amélioration des offres de services dans les communes dans les secteurs de la santé et de l'éducation

## CONCLUSION DU CHAPITRE 4.

S'il existe une réelle volonté politique de décentraliser le système sanitaire et éducatif, il n'en demeure pas moins que la décentralisation des services de santé et d'éducation reste encore une perspective. La déconcentration des services est nettement plus réelle que la décentralisation. C'est pourquoi au niveau local, bien que les responsables des collectivités locales aient désormais des pouvoirs de décision sur toute action en relation avec le développement de la commune, les secteurs de la santé et de l'éducation demeurent « l'affaire » de l'Etat central et de ses services déconcentrés. La non disponibilité de ressources financières suffisantes, la faible capacité de mobilisation des ressources locales, constituent également un frein à une « prise en main » par les structures décentralisées, des secteurs sociaux de l'éducation et de la santé qui restent de loin, les préoccupations majeures des populations. Il en découle que les effets structurels dus à l'intervention des bailleurs de fonds s'ils sont perceptibles et importants par rapport au processus général de décentralisation, ils sont par contre moins visibles et relativement peu significatifs par rapport à la situation des secteurs de l'éducation et de la santé.

En tout état de cause, la mise en œuvre du processus actuel de décentralisation connaît une adhésion de nombreux partenaires au développement dont les bailleurs de fonds qui le présentent comme une expérience exemplaire dans la sous région. C'est dans ce sens que la coopération multilatérale et bilatérale s'est engagée dans le financement de la décentralisation.

Cependant, l'aperçu de l'appui direct des bailleurs de fonds à la décentralisation montre que l'intérêt de ces derniers a porté beaucoup plus sur le financement du processus en général que sur les secteurs sociaux comme l'éducation et la santé dans les collectivités décentralisées. Cette situation s'explique essentiellement par la structuration et l'organisation des systèmes éducatif et sanitaire, qui ne permettent aux bailleurs de fonds d'intervenir directement en appuyant les communes sans passer par les structures gouvernementales en charge des questions de la santé et de l'éducation (Ministères). Les possibilités d'appuis directs aux collectivités décentralisées sont donc réduites voire inexistantes. Toute action des bailleurs par rapport à ces deux secteurs se fait par l'intermédiaire de l'Etat qui reste l'initiateur, le gestionnaire et surtout le principal responsable des secteurs de l'éducation et de la santé.

Pour les responsables des collectivités décentralisées et pour les populations, l'intervention des bailleurs de fonds est toujours attendue afin de pallier l'insuffisance quantitative et qualitative des offres actuelles en matière d'éducation et de santé pour lesquelles, les ressources locales ne permettent d'y faire face. Néanmoins fort heureusement, la coopération décentralisée (jumelage...) prend de plus en plus place dans les stratégies des collectivités décentralisées, contribuant ainsi à réduire un temps soit peu, l'acuité des problèmes de santé et d'éducation dont font face les

## CHAPITRE 5 :

### LES MUNICIPALITES, ACTEURS FORMELS POUR QUELLE REALITE AU BURKINA FASO ?

#### INTRODUCTION : PANORAMA DES COLLECTIVITES DECENTRALISEES.

Selon les dispositions des cinq lois de 1993 (voir chapitre 3), «peuvent être érigés en communes les villages qui ont une population résidente, d'au moins dix mille (10 000) habitants et une activité économique jugée suffisante pour pouvoir disposer de ressources propres permettant l'élaboration d'un budget annuel équilibré en recettes et dépenses à cinq (5) million de francs CFA au moins. Toutes les communes créées à ce jour demeurent. Tous les chefs lieux de provinces acquièrent de plein droit le statut de commune. Le territoire du Burkina Faso est divisé en collectivités territoriales ou collectivités locales et en circonscriptions administratives. Les collectivités locales sont : la province et la commune. Les circonscriptions administratives sont : la province, le département et le village. La province, collectivité locale et circonscription administrative est alors à la fois administrée par un président de conseil provincial élu assisté par des vice-présidents et administré par un haut-commissaire auprès duquel est créée « un organe consultatif dénommé la conférence des cadres de la province. La commune urbaine est administrée par un maire élu, assisté par des adjoints. La commune rurale est administrée par un maire élu. Le département est administré par un préfet assisté d'un organe consultatif dénommé conseil départemental. Le village est administré par un délégué administratif. Le délégué de village est assisté d'un conseil de village (Loi 004/93/ADP du 12/05/93).

Les premières formulations des conditions de création des communes distinguaient deux types de communes : communes de plein exercice et communes de moyen exercice exprimant des qualités d'autonomie politique différentes et consacrant tous les chefs lieux de province comme communes de plein exercice auxquels furent adjoint trois autres localités (Houndé, Niangologo, Pouytenga) ; et tous les chefs-lieux de département comme communes de moyen exercice. Les élections municipales de 1995 rendront alors officielles, l'existence des trente trois (33) communes de plein exercice seules communes fonctionnelles

du point de vue des principes d'installation des structures municipales (Election du maire, élection des conseillers, élaboration de textes réglementaires etc.). Toutefois, la carte communale est encore modifiée avec la création de quinze (15) nouvelles provinces, donc de communes de plein exercice en mai 1996. La carte communale au lendemain de la création des nouvelles provinces était ainsi composée :

- Quarante cinq (45) localités (anciens et nouveaux chefs-lieux de provinces) sont érigées en communes de plein exercice.
- Deux (2) localités (Niangologo dans la province de la Comoé et Pouytenga dans la province du Kouritenga) acquièrent de même le statut de communes de plein exercice
- Cinquante cinq (55) localités sont enfin érigées en communes de moyen exercice

Parmi les quarante cinq (45) localités devenues communes de plein exercice, dix (10) étaient classées auparavant communes de moyen exercice. Quatre autres devront leur statut de communes à la même modification territoriale.

Dans ce réaménagement territorial, se jouent d'énormes enjeux politiques. L'examen de différents documents produits par la CND révèle un ensemble de propositions sur le processus de décentralisation qui furent abandonnées par la suite. Il en est par exemple de la proposition de création de Collectivités Locales de Développement (CLD). Elles trouvaient leurs justifications dans la nécessité d'intéresser le niveau rural au processus de décentralisation. Toutefois, le souci de prendre en compte le problème du développement rural a conduit au changement de terminologie et de certaines conditions d'érection et de fonctionnement de la réalité communale. En effet en lieu et place de communes de plein exercice et de moyen exercice d'antan, on peut lire ce qui suit : «conformément aux dispositions de l'article 7 ci-dessus, il est créé deux types de communes : La commune urbaine qui est la collectivité locale de base dans les pôles urbains ; la commune rurale qui est la collectivité locale de base dans les zones rurales. (Article 8, Loi n° 040/98/AN).

Aujourd'hui, quarante-sept (49) agglomérations bénéficient du statut de communes urbaines. Ce sont les 45 chefs-lieux de province et 4 chefs-lieux de départements en raison de leur importance économique et de la taille de la population (Pouytenga, Bittou, Nyangoloko et Garango). Vingt six de ces 49 communes urbaines abritent les vingt six (26) villes du Burkina Faso définies selon trois critères principalement : la desserte en eau

par l'Office National de l'Eau et de l'Assainissement ('ONEA), la desserte en électricité par la Société Nationale Burkinabe d'Electricité (SONABEL) et la taille de la population.

Tous les chefs-lieux de départements en dehors des quatre sus-cités sont des communes rurales qui peuvent devenir des communes urbaines au fur et à mesure qu'elles acquièrent un poids économique et une taille de population suffisants.

## **5.1-COMPETENCES DES COLLECTIVITES LOCALES AU PLAN GENERAL**

Plus que pour tout autre service, on ne peut offrir efficacement les services de santé et d'éducation sans une véritable déconcentration des structures administratives mais aussi des établissements éducatifs et de soins. Il importe de rapprocher le plus possible l'offre de la demande, c'est-à-dire de la population à couvrir qui elle est par définition localisée territorialement. Cette politique de déconcentration sera d'autant plus opérationnelle qu'elle sera accompagnée d'une politique de décentralisation qui permet de mobiliser plus de ressources (financières, humaines et matérielles) à l'échelon local.

L'article 34 de la loi n°041/98/AN portant organisation de l'administration du Burkina Faso stipule que « La collectivité locale peut :

- entreprendre toute action en vue de promouvoir le développement économique, social, culturel de la collectivité et participer à l'aménagement du territoire ;
- passer des contrats avec toutes personnes physiques ou morales, privées ou publiques, notamment l'Etat, les autres collectivités locales et les établissements publics ou établir des rapports de coopération avec des organisations extérieures au Burkina Faso
- entreprendre dans les conditions prévues par la loi et dans le cadre de leurs compétences propres, des actions de coopération qui donnent lieu à des conventions, avec des collectivités locales de pays étrangers ou organismes internationaux publics ou privés œuvrant dans le domaine du développement ;
- créer ou acquérir des établissements dans le domaine de l'enseignement, de la santé, de l'environnement ou dans tout autre domaine socio-économique ou culturel ;
- créer des établissements publics locaux, pour la gestion d'activités socio économiques ou culturelles ;

- acquérir des actions ou obligations dans des sociétés ayant pour objet l'exploitation de services locaux ou de services nationaux ouverts à la participation des collectivités locales ».

On présume que la décentralisation a un impact positif sur l'offre des services de santé et d'éducation qu'elle devrait entraîner un développement notable des infrastructures (formations sanitaires, classes, écoles établissements d'enseignement et de formation professionnelle) du personnel, des outputs (élèves, étudiants), l'amélioration du paquet minimum d'activité dans le domaine de la santé, l'amélioration des indicateurs (effectif moyen par classe), ratio maître élèves, taux de scolarisation, distance moyenne à parcourir par élève ou par patient pour accéder à une école ou une formation sanitaire, ratio population pour un personnel de santé. Qu'en est-il en réalité ?

## **5.2- LES COMPETENCES TRANSFEREES AUX MUNICIPALITES EN MATIERE DE SANTE ET DE D'EDUCATION.**

Au Burkina Faso, le texte fondamental en matière de décentralisation et surtout en matière de répartition des compétences entre l'Etat et les collectivités est la loi d'orientation sur la décentralisation<sup>16</sup>. Que dit cette loi par rapport aux deux secteurs sociaux que sont la santé et l'éducation ?

### **5.2.1- La santé**

A l'article 79, il est mentionné que la commune reçoit les compétences suivantes en matière de santé :

- Construction et gestion des formations sanitaires de base et intermédiaires;
  - Organisation de l'approvisionnement pharmaceutique le cas échéant, prise de mesures relatives à la réglementation et à la prévention des maladies;
  - Mesures de prévention de la maladie, mesures d'hygiène et de salubrité dans le ressort territorial de la commune;
- Contrôle de l'application des règlements sanitaires;
- Participation à l'établissement de la tranche communale de la carte sanitaire nationale;

- Contrôle de la qualité de l'eau.

### 5.2.2- L'éducation

Au paragraphe 6, article 81, il est énoncé les compétences reçues par la commune dans son périmètre. Ce sont :

- Prise en charge du développement de l'enseignement préscolaire; à ce titre, elle acquiert, construit et gère des établissements préscolaires;
- Prise en charge du développement de l'enseignement primaire dans le périmètre communal; à ce titre, elle construit ou acquiert et gère des écoles primaires;
- Contribution au développement de l'enseignement secondaire; à ce titre, elle construit et gère des établissements secondaires;
- Prise en charge avec l'appui de l'Etat au développement de la formation professionnelle et de l'Alphabétisation;
- Participation à l'établissement de la tranche communale de la carte scolaire nationale.

## **5.3. OFFRES DE SERVICES DE SANTE ET D'EDUCATION PAR LES MUNICIPALITES.**

### *5.3.1 Budgets communaux et dépenses de santé et d'éducation*

Il été très difficile d'identifier les montants inscrits dans les budgets communaux au profit de la Santé et de l'Education. Les données obtenues sont très parcellaires. Elles ne couvrent que très exceptionnellement toute la période que nous avons retenue (1992-1998).

---

<sup>16</sup> Cette loi a été promulguée en août 1998 par le gouvernement

Tableau 5.1 : Budgets communaux et dépenses de santé et d'éducation

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Dori			35512384	23933048	39418377	41262274	121550874
Gaoua	20455286	20725240	21869200	25113803	34382934	46136327	39375501
Houndé	25905901	25540200	30180524	31073245	36450593	48657885	91395904
Kaya	46956000	40964400	47784600	77441276	80927504	85096479	89104100
Ouahigouya	98630443	101421230	120956234	142013052	117401792	206811776	309340231
Ouagadougou	1841921000	1599415000	1794925000	2203494020	3416537301	7626486876	907132435

Tableau 5.2 : Dépenses prévisionnelles d'éducation

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Dori				478280	1272664	2040000	400000
Gaoua					100000	150000	150000
Houndé	100000	80000	1320000	1320000	1300000	8000000	24000000
Kaya					5075519	300000	300000
Ouahigouya	300000	300000	200000	200000	230000	700000	250000
Ouagadougou							

Tableau 5.3: Dépenses effectives d'éducation

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Dori				478280	1272664	2040000	400000
Gaoua					93500	34939	145000
Houndé	96830	96830	1300000	1300000	8000000	24000000	240000000
Kaya					4484326	200000	300000
Ouahigouya	Non réalisé	non réalisé	non réalisé	50000	80000	25000	non réalisé
Ouagadougou				28239972	73547320	59919950	50360720

Tableau 5.4: Dépenses prévisionnelles de santé

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Dori				240000	320000	250000	840000
Gaoua							
Houndé	100000	100000	87500	100000			
Kaya	2225112	2225112	2225112	2225112	2225112	2721252	2721252
Ouahigouya	700000	500000	1000000	600000	600000	400000	4000000
Ouagadougou							

Tableau 5.5: Dépenses effectives de santé

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Dori							
Gaoua							
Houndé	360000	360000	360000				488004
Kaya	2225112	2225112	2225112	2225112	2225112	2721252	2721252
Ouahigouya	168400	non réalisé	non réalisé	545000	599380	non réalisé	non réalisé
Ouagadougou							

Pour obtenir des données chronologiques, nous avons dû procéder à des extrapolations dans certains cas. Ainsi, lorsque entre deux années une donnée n'était pas disponible, nous avons reporté la valeur du budget de l'année précédente. Les rares données obtenues sont elles-mêmes très peu fiables.

Un seul indicateur est utilisé ici pour tenter d'apprécier l'effet de la décentralisation sur l'éducation : il s'agit de l'importance de la part des dépenses consacrées à la santé et l'éducation par rapport au budget global de la commune quand cela est possible.

**Tableau 5.6: Rapports entre les budgets prévisionnels d'éducation et budget communal (en %)**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Dori	-	-	0,00	0,02	0,03	0,05	0,00
Gaoua	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,33	0,38
Houndé	0,39	0,31	4,37	4,25	3,57	16,44	26,26
Kaya	0,00	0,00	0,00	0,00	6,27	0,35	0,34
Ouahigouya	0,30	0,30	0,17	0,14	0,20	0,34	0,08
Ouagadougou	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**Tableau 5.7: Rapports entre les budgets prévisionnels de santé et budget communal (en %)**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Dori	-	-	0,00	1,00	0,81	0,61	0,69
Gaoua	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Houndé	0,39	0,39	0,29	0,32	0,00	0,00	0,00
Kaya	4,74	5,43	4,66	2,87	2,75	3,20	3,05
Ouahigouya	0,71	0,49	0,83	0,42	0,51	0,19	1,29
Ouagadougou	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Ici, on présume que la Décentralisation a un effet positif sur le budget global de la commune et que de ce fait la commune peut consacrer davantage de moyens au développement de la santé et de l'éducation. En effet, entre l'année 1992 et l'année 1998, tous les budgets (généralement des prévisions) ont connu des hausses spectaculaires, les taux d'accroissement allant de 9,58% à 27,90%. Les rapports sont généralement très faibles à l'exception de Houndé. Dans le domaine de l'éducation, les rapports sont situés en dessous de 1% sauf à Houndé où ils varient entre 0,31% et 26,26%. Dans le domaine de la santé, ces rapports varient entre 0,19% et 12,93%. La commune de Kaya est celle qui consacre relativement plus de moyens à la santé.

Il est difficile de tirer une conclusion générale parce que les rapports (dans l'éducation et la santé) évoluent plutôt en dents de scie alors qu'on pouvait s'attendre à une hausse régulière de ce rapport. Peut-on expliquer cet état de choses par le caractère peu fiable des données ?

L'examen des actions entreprises par les municipalités en faveur de ces deux secteurs éclairera-t-il mieux les choses ?

**Tableau 5.8 : Évolution du budget et montants annuels des contributions de la municipalité dans la Santé et l'Éducation**

**Dori**

	1992	1993	1994(p)	1995(p)	1996	1997	1998(p)
Budget global							
Recettes (CA)			35512384	23933048	39418377	41262274	121550874
Dépenses prév (CA)					22670937	41262274	121550874
Dépenses effectives (CA)					19510444	24135597	
Recouvrement (CA)					25404152	25414738	
Dép prév Education				478280	1272664	2040000	400000
Dépenses Effect Education				478280	1272664	2040000	400000
Dép prév Santé				240000	320000	250000	840000
Dépenses Effect Santé				240000	320000	250000	840000

**Tableau 5.9 : Évolution du budget et montants annuels des contributions de la municipalité dans la Santé et l'Éducation**

**Gaoua**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Budget global	20455286	20725240	21869200	25113803	34382934	46136327	39375501
Recettes	20455286	20725240	21869200	25113803	34382934	27326244	30983528
Dépenses prév	20455286	20725240	21869200	25113803	34382934	27326244	39375501
Dépenses effectives	10668711	8843594	10533918	16415092	22585732	39302144	36478897
Dép prév Education					100000	150000	150000
Dépenses Effect Education					93500	34939	145000

Tableau 5.10 : *Évolution du budget et montants annuels des contributions la municipalité dans la Santé et l'Éducation*

**Houndé**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Budget global	25905901	25540200	30180524	31073245	36450593	48657885	91395904
Recettes	25905901	25540200	30180524	31073245	36450593	48657885	91395904
Dépenses prév							
Dépenses effectives	205557215	16799596	19132450	20782971	22734172	27158976	54481446
Recouvrement	18655079	16528151	23625629	25656441	35575512	36319229	65568410
Dép prév Education	100000	80000	1320000	1320000	1300000	8000000	24000000
Dépenses Effect Education	96830		1300000	1300000	8000000	24000000	240000000
Dép prév Santé	100000	100000	87500	100000			
Dépenses Effect Santé							488004
Dépense personnel Santé	360000	360000	360000				488004
Dépense personnel Education					360000	486780	486780

Tableau 5.11 : Évolution du budget et montants annuels des contributions de la municipalité dans la Santé et l'Éducation

**Kaya**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Budget global	46956000	40964400	47784600	77441276	80927504	85096479	89104100
Recettes	34411889	36649061	37089783	66954745	69869099	69668377	71914133
Dépenses prév	46956000	40964400	47784600	77441276	80927504	85096479	89104100
Dépenses effectives	34205838	29559857	33036177	64529226	68070648	76366648	66289389
Recouvrement	34411889	36649061	37089783	66954745	69869099	69668377	71914133
Dép prév Education					5075519	300000	300000
Dépenses Effect Education					4484326	200000	300000
Dép prév Santé	2225112	2225112	2225112	2225112	2225112	2721252	2721252
Dépenses Effect Santé	2225112	2225112	2225112	2225112	2225112	2721252	2721252

Tableau 5.12 : Évolution du budget et montants annuels des contributions de la municipalité dans la Santé et l'Éducation

**Ouahigouya**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Budget global	98630443	101421230	120956234	142013052	117401792	206811776	309340231
Recettes	51791712	49742792	59853241	88788363	102196036	100132521	200157640
Dépenses prév	98630443	101421230	120956234	142013052	117401792	206811776	309340231
Dépenses effectives	60750722	53026162	66895835	81738614	100131429	114101244	200103329
Recouvrement	51791712	49742792	59853241	88788363	102196036	100132521	200157640
Dép prév	300000	300000	200000	200000	230000	700000	250000

Education							
Dépenses Effect Education	non réalisé	non réalisé	non réalisé	50000	80000	25000	non réalisé
Dép prév Santé	700000	500000	1000000	600000	600000	400000	4000000
Dépenses Effect Santé	168400	non réalisé	non réalisé	545000	599380	non réalisé	non réalisé

*Tableau 5.13 : Évolution du budget et montants annuels des contributions de la municipalité dans la Santé et l'Éducation*

**Ouagadougou**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Budget global	1841921000	159941500	179492500	2203494020	3416537301	7626486876	907132435
		0	0				
Recettes							
Dépenses prév							
Dépenses effectives	1766218725	133085947	139029814	1719963000	2644195000	5834817000	488382500
		4	6				
Recouvrement	1286412000	130830400	110949000	2444207000	2372629000	3514041000	526347300
		0	0				
Dép prév Education							
Dépenses Effect Education				28239972	73547320	59919950	50360720
Dép prév Santé							
Dépenses Effect Santé							

Dépense personnel Santé							
Dépense Education	personnel						

### 5.3. 2 *Les actions des municipalités en matière de santé et d'éducation*

Les municipalités s'impliquent très fortement dans le développement des services sociaux de santé et d'éducation en y intervenant sous des formes très variées mais non codifiées par un texte précis. Ces interventions compensent dans une large mesure l'absence d'inscriptions de postes précis dans les budgets communaux au profit des deux services concernés. Ces actions sont mises en exergue par les responsables municipaux. Elles sont récapitulées dans les deux tableaux ci dessous

Tableau 5.14 : Interventions des municipalités dans le développement de la santé

Actions	Dori	Gaoua	Houndé	Kaya	Ouahigouya	Ouaga	
Construction et équipements de formations sanitaires	*	*	*	*	*	*	
Paiements de salaires aux personnel (matrones, gardiens, secrétaires, dactylographes, accoucheuses auxiliaires)	*	*	*	*	*		
Sensibilisation sur les MST/SIDA, Hygiène	*		*	*			
Sensibilisation contre l'excision	*		*				
Subvention des repas aux malades	*			*	*	*	
Fournitures de médicaments	*						
Négociation d'appui avec d'autres villes	*						
Fourniture de consommables	*		*	*	*	*	
Ramassages d'ordures ménagères	*		*	*			
Création de conditions favorables au développement de la santé	*						
Octroi de carburant pour les JNV	*			*			
Appui financier	*		*		*	*	
Organisation de campagnes de vaccinations				*			
Formation d'agents de la santé				*		*	
Acquisition de matériel roulant par le biais des jumelages							
Subventions financières					*	*	
Lutte contre la malnutrition					*		
Construction de logements pour le personnel						*	
Construction de latrines						*	

Tableau 5.15: *Interventions des municipalités dans le développement de l'éducation*

Actions	Dori	Gaoua	Houndé	Kaya	Ouahigouya	Ouaga	
Dotation en fournitures scolaires	*	*	*	*	*	*	
Sensibilisation sur la scolarisation des filles	*						
Subvention aux écoles et lycées	*				*		
Paiement de factures d'eau et d'électricité	*						
Offre de prix aux meilleurs élèves	*			*		*	
Sensibilisation des parents d'élèves	*						
Participation aux commissions de recrutement des élèves	*		*				
Facilitation d'acquisition de terrains	*						
Résolution de conflits entre parents et enseignants	*						
Recherches de partenaires pour les établissements secondaires	*						
Appui à la gestion des APE	*						
Appui financier	*		*	*	*	*	
Construction, équipements de classes, écoles et établissements	*	*	*	*	*	*	
Formation d'agents (informatique et autres)						*	
Financement de bibliothèques	*						
Distribution d'habits aux élèves	*						
Paiement de salaires (vacataires, personnel d'appui)		*	*	*	*	*	
Recrutement de personnel pour DPEBA			*			*	

Organisation rentrées scolaires et examens				*		*	
Recrutement d'enseignants				*			
Construction latrines pour élèves				*			

Ces actions sont entre autres la construction et l'équipement des infrastructures, l'embauche de personnel au profit des deux services, les subventions, la fourniture de consommables, la fourniture de produits (médicaments et fournitures scolaires), la formation d'agents, l'organisation de campagnes de sensibilisation, la négociation de partenariat avec les villes étrangères en vue d'apporter un soutien à ces deux secteurs etc. Certaines de ces actions ont été valorisées mais la plupart ne le sont pas. Quelques exemples peuvent être cités ici à titre d'illustrations :

#### 1° Dans le domaine des constructions et de l'équipement

##### **Gaoua**

- contribution de la mairie à la construction de l'école C (école publique) de Gaoua
- construction d'un lycée municipal avec l'appui de Faso Baara pour décongestionner un tant soit peu le lycée provincial Bafijii d'un montant de quarante cinq (45) millions de francs CFA.

##### **Houndé**

- construction d'un centre de récupération nutritionnelle (CREN), d'une maternité, d'un bloc opératoire, et dons de verres correcteurs (en collaboration avec ONG Médecus Mundi),
- construction d'une école à six classes dans le secteur 4 pour 21 millions FCFA.
- normalisation de l'école de Karaba au secteur 1
- normalisation de l'école de Koho au secteur 5 pour un montant de 7,5 millions FCFA.
- construction d'une école à trois classes au secteur 2

##### **Kaya**

- construction et équipement d'un centre de santé et de promotion sociale dans les secteurs 1, 6 et 7.
- construction d'une école primaire dans les secteurs 4 et 5
- construction d'une école de 6 classes au secteur 5 pour 20 millions de F CFA
- construction de classes complémentaires au Lycée Municipal
- construction de latrines pour le Lycée Municipal

## **Ouahigouya**

- clôture des maternités (secteurs 2 et 4)
- construction d'une salle d'hospitalisation (centre médical; secteur 4)
- construction de maternités aux secteurs 1, 12, 13 et 14
- acquisition dix (10) lits pour le centre médical; du secteur 4
- construction de trois (3) classes dans les secteurs 9, 10 et 12,
- don de fournitures scolaires
- construction lycée communal

## **2° Mise à disposition de personnel et paiement de salaires**

### **Dori**

La mairie verse annuellement depuis 1996 comme salaire la somme de 1 658 040 F aux deux matrones du centre de santé et de promotion sociale du secteur 7 et du secteur 1. En plus elle prend en charge les salaires de deux matrones, d'un manoeuvre, d'une secrétaire qui sont mis à la disposition du district sanitaire de Dori.

### **Houndé**

Recrutement d'une dactylographe pour la Direction Provinciale de l'Enseignement de Base et de l'Aphabétisation

### **Kaya**

Paiement du salaire d'une animatrice au préscolaire

Appui à la santé en personnel (gardien, matrone)

Prise en charge de 3 accoucheuses auxiliaires

La commune supporte 2 matrones au secteur 7 et une matrone provinciale dans ce même secteur.

Paiement des salaires des enseignants du lycée communal

Le lycée emploie 9 agents permanents. Annuellement cela équivaut à environ 10 164 498 F CFA comme salaire de ces agents.

Le lycée communal de Kaya est le seul établissement d'enseignement secondaire au Burkina Faso qui a été construit sur fonds propres et dont la gestion et le fonctionnement sont assurés par la commune de Kaya

### **Ouahigouya**

Recrutement de matrones communales

### **3° Appui au fonctionnement /Subventions**

#### **Dori**

- subvention annuelle de 300.000 F CFA au profit du lycée provincial

#### **Gaoua**

- dotation annuelle des écoles primaires en matériel et ce depuis 1996 (montant variant entre 150 000 et 200 000 FCFA)

#### **Houndé**

- dotation annuelle des écoles en fournitures scolaires (100 000 FCFA).  
- achat de matériels pour la construction d'une garderie et octroi de 100 000FCFA de fournitures par an.

#### **Ouagadougou.**

Dans le domaine de la santé, le bilan d'exécution du budget d'investissement exercice 1998 donnait les réalisations suivantes et leur niveau d'exécution.

**Tableau 5.16: Bilan d'exécution du budget d'investissement 1998**

DESIGNATION	NIVEAU D'EXECUTION	MONTANT
- Construction du mur de clôture et d'un parking pour le personnel du service d'hygiène	Terminée	6 007 137 F
- Réfection de la maternité Pogbi	Terminée	7 360 543 F
- Construction d'un bâtiment annexe Etat Civil + dépôt pharmaceutique maternité Pogbi + construction de latrines douches et logement de gardien	Terminée	17 741 704 F
- Construction d'une cuisine + latrines douches + maisonnette gardien maternité secteur 15	Terminée	21 185 940 F
- Construction de latrines + douche + logement gardien maternité du secteur 23	Terminée	5 540 766 F
- Caniveau hôpital pédiatrie (1ère tranche)	En cours	45 068 101 F

En ce qui concerne l'éducation, les actions menées par la municipalité sont essentiellement un apport financier, le paiement de salaires des vacataires, les constructions d'équipements (normalisation des écoles, construction d'école, réfections et équipements en mobiliers scolaires, centre multimédia ).

Selon un responsable de la Direction provinciale de l'enseignement de base la commune contribue chaque année avec une somme de 700 000 F pour le fonctionnement de la direction.

Pour l'année 1997 la commune de Ouagadougou a investi la somme de 279 092 252 F dans les réfections, les constructions de salles de classes, de logements pour maîtres, la clôture des écoles. Aussi dans l'exécution du budget 1998 il a été alloué 17,37% des dépenses

d'investissement pour le secteur de l'éducation. La mairie vient chaque année en aide aux enfants nécessiteux par des dons de fournitures. Pour l'année 1998, 1 400 enfants étaient concernés. La commune de Ouagadougou gère deux lycées municipaux et une garderie populaire. Le personnel enseignant relève de l'Etat, mais c'est la mairie qui vient en appui pour leur fonctionnement.

### *5.3.3 Appréciations des responsables municipaux par rapport aux transferts de compétences et de ressources*

Comme nous l'avons vu au point 3.3.1, Les transferts de compétences sont inscrits dans la loi d'orientation de la décentralisation. Cependant, ce transfert de compétences en matière de santé et d'éducation n'est pas accompagné d'un transfert de ressources. Ce qui pose un problème dans la mesure où c'est le manque de ressources qui constitue le principal blocage dans la satisfaction des besoins sociaux des populations en matière de santé et d'éducation. Le transfert des ressources surtout financières reste problématique et fait l'objet de conflit entre la municipalité et l'Etat pour son contrôle et rend difficile tout effort de la municipalité de pallier aux insuffisances du personnel enseignant et des infrastructures scolaires. Pour combler un tant soit peu la carence des ressources surtout financières, certaines communes adoptent des stratégies permettant d'accroître leurs ressources.

Ainsi, la commune de Dori a institué des impôts, des taxes et amendes à tous ceux qui ne respecteraient pas les règles d'hygiène publique. Pour les responsables municipaux de Gaoua, les ressources proviennent uniquement des taxes payées par les petits commerçants et elles sont versées pour le compte de la province. «La municipalité avait essayé d'imposer la somme de cinquante (50) francs comme frais de consultation, mais malheureusement la population n'a pas réagit favorablement à cela. Ce fut donc un échec . La municipalité souhaite avoir la liberté et la possibilité de créer des impôts locaux et d'en fixer les taux, seulement elle est confrontée selon le Maire à un problème de mentalité. La population communale ne réagit pas facilement aux mesures prises par la commune. La municipalité souhaite avoir des impôts locaux et en fixer les taux; mais l'Etat ne lui donne pas la latitude d'agir dans ce sens quand on sait aussi que la population est réfractaire à certaines décisions<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Propos du Maire de Gaoua

A Ouahigouya, les responsables de la commune souhaitent avoir la liberté de créer des impôts locaux et d'en fixer le taux car selon le Maire, "chaque commune ayant sa spécialité, il importe que pour une meilleure mobilisation des ressources, l'initiative de la création de certains impôts soit laissée aux autorités locales".

La lecture des statistiques relatives aux infrastructures ne permet pas de tirer une conclusion tranchée notamment en ce qui concerne la santé. Les infrastructures principales de référence (CHR, CMA) n'ont pratiquement pas évolué. Sur le plan de l'éducation, il y a une augmentation des infrastructures, du personnel et des effectifs scolaires comme l'indiquent les tableaux ci-après et les annexes. Certes, les accroissements ne sont pas très énormes, mais comparativement à l'évolution passée, ces progrès sont appréciables.

Faut-il en conclure à une absence complète des municipalités sur le terrain de la Santé et de l'Education ?

La faiblesse de l'offre depuis la décentralisation (1995) se comprend assez aisément. Les délais de mise en œuvre sont relativement courts. De plus la construction et l'équipement des infrastructures de santé et d'éducation coûtent très cher. Ceci n'est pas à la portée des opérateurs économiques privés. De plus, la nécessité de respecter la carte sanitaire nationale n'autorise pas la construction des formations de référence sur n'importe quel site lorsqu'il en existe déjà. Par contre pour les services de moindre envergure (CSPS, dispensaires ou maternités seuls, cliniques privées, dépôts, officines) cela devrait être possible dans les centres urbains où les normes OMS sont loin d'être atteintes et où la rentabilisation de ce genre d'investissement est possible.

En fait, il serait mieux indiqué ou plus pertinent de chercher à savoir si les services sont plus étendus, si les prestations sont de meilleure qualité et quel rôle y a joué la municipalité de manière directe ou indirecte.

La municipalité peut intervenir directement dans les constructions, le recrutement de personnel, la fourniture de médicaments, de matériels didactiques, de fournitures scolaires etc. Elle peut indirectement, de par les conditions qu'elle offre, contribuer au développement des infrastructures et à l'extension des services. A titre d'exemples, les lotissements, l'électrification, l'adduction d'eau, les créations d'emploi, l'amélioration de la voirie, la diversification et l'amélioration des services offerts par la commune peuvent attirer une forte population ce qui a pour conséquence d'augmenter la demande et par

conséquent d'inciter l'offre de services de santé. Elle peut contribuer à améliorer et à renforcer ce qui existe déjà et qui répond à la demande des citoyens. Même si les constructions ne sont pas toutes le fait de la municipalité, l'action des responsables communaux y a grandement contribué. Il suffit à cet effet de citer les diverses actions initiées en faveur du secteur.

**Tableau 5.17 :** *Accroissement du nombre d'écoles, de classes et d'élèves entre 1995 et 1998 dans l'enseignement primaire.*

Sites	Ecoles	Classes	Effectifs
Dori	1	3	-
Gaoua	1	3	-
Houndé	1	6	462
Kaya	1	10	410
Ouahigouya	12	37	781
Ouagadougou	-	-	-

**Tableau 5.18:** *Accroissement du nombre d'établissements, de classes et d'élèves entre 1995 et 1998 dans l'enseignement secondaire.*

Sites	Ecoles	Classes	Effectifs
Dori	0	5	465
Gaoua	1	21	-
Houndé	1	3	217
Kaya	2	19	947
Ouahigouya	2	39	2047
Ouagadougou	-	-	-

## CONCLUSION DU CHAPITRE 5.

L'analyse des données de terrain et l'exploitation des données secondaires ont permis de répondre aux six questions de recherche initialement dégagées pour ce chapitre.

### 1- Etapes et cycles de transfert des charges et ressources.

L'examen des expériences de la Décentralisation ne permet pas de dresser une situation bien nette des étapes et cycles de transfert des charges et ressources. La raison en est que les diverses tentatives n'ont pas toujours conduit à des transferts effectifs de ressources ni à des applications effectives pour ce qui concerne les transferts de compétences.

### 2- Modèle général suivi et ses logiques.

Au Burkina Faso, si la Décentralisation a pris une envergure toute particulière depuis 1995, elle puise ses racines dans un passé assez lointain. Elle repose sur des enjeux politiques, économique et sociaux énormes.

Parce qu'ils ont des obligations de résultats, les responsables locaux déploient de réels efforts pour le développement des SSSE. La lecture de la panoplie de ces actions permet d'affirmer qu'elles sont très variées et multiformes. Leur valorisation n'est pas systématiquement faite malheureusement.

A la lumière des déclarations des différents conseillers municipaux, certaines actions ont des fréquences élevées et peuvent servir de modèles : constructions d'établissements de soins et de formation, appui financier, mise à disposition de personnel par la commune aux services déconcentrés, paiement de salaires, appui technique, en matériel et autres par le biais des jumelages, apport en médicaments, fournitures scolaires, consommables divers etc.

Il semble intéressant de formaliser et d'institutionnaliser ces initiatives mais non sans avoir réglé la question des transferts de ressources.

### 3- Modèle de décentrabilité pour la sous région (synthèse à faire par FINKEN)

Il est prématuré de tirer des conclusions pour le seul cas du Burkina Faso.

Tout au plus peut-on réfléchir sur les critères de décentrabilité des services de santé et d'éducation : possibilité de générer des ressources, grande utilité pour la population

(service de grande consommation), facilité de gestion et de maintenance pour les communautés de base.

#### 4- Distorsion entre modèle et réalités.

L'étude a révélé un décalage entre d'une part le modèle général de décentralisation et la décentralisation des services sociaux de santé et d'éducation (SSSE) et d'autre part la décentralisation des services et le transfert des ressources.

- Il ressort des investigations que les parts des budgets consacrées aux SSSE sont faibles.

Ceci s'expliquerait par l'absence de transferts effectifs de ressources consécutivement aux transferts de compétences.

L'action urgente à mener ici est l'éclaircissement de la question des transferts de ressources par l'amélioration des textes d'orientation de la Décentralisation.

- L'étude révèle une faible articulation entre les activités de la municipalité et celles des Services Techniques Déconcentrées de l'Etat (STDE).

Les transferts de compétences, tout en étant décrites dans le TOD, comporte des zones d'ombre. Le champ des partages des compétences n'est pas totalement clair, en tout cas pas pour les responsables locaux.

- Au regard de ce diagnostic, deux actions essentielles méritent d'être entreprises

\* une meilleure articulation des actions entre les activités des municipalités et celles des services provinciaux de santé et d'éducation par la mise en oeuvre d'un mécanisme juridique.

\* l'éclaircissement des champs de compétences entre Etat et municipalités en matière de santé et d'éducation

#### 5- Mutations suivies par les SSSE du fait de la décentralisation.

La Décentralisation ( prise en charge des SSSE par les municipalités) n'a pas entraîné un changement dans la nature de ceux-ci. Qu'il s'agisse des infrastructures ou des services effectifs offerts (pour la santé) et le contenu des programmes (pour l'éducation) le modèle général reste celui conçu au niveau central. L'école communale, le lycée communal ou la formation sanitaire communale ne sont pas spécifiques par rapport à ceux de l'Etat si ce n'est quelque fois dans le financement et le fonctionnement

Elle n'a pas entraîné une expansion extraordinaire des services de santé et d'éducation, peut-être parce que l'expérience que nous avons décidé d'observer est courte (1995-1998), mais elle a eu un impact positif indéniable en libérant le «génie créateur» et les énergies des responsables municipaux qui ont multiplié les initiatives pour mobiliser les populations et les autres acteurs (bailleurs de fonds, ONG etc.) pour répondre à la très forte demande exprimée dans ces domaines. En cela, la décentralisation apparaît comme un réel espoir. Il faudrait cependant continuer à y apporter des améliorations notamment en ce qui concerne le point essentiel de la répartition des compétences et sur le transfert des ressources.

6- Grille théorique de partage de responsabilités entre pouvoir central et pouvoirs locaux .  
L'équipe n'a pas jugé de concevoir une grille autre que celle formulée dans le cadre du TOD et citée en début de chapitre même si celle-ci fait toujours de réflexion et de révision pour la rendre plus opérationnelle.

7- Autres conclusions revuées par les enquêtes de terrain

En plus des six questions de recherche initiales, d'autres problèmes ont surgi lors des investigations et méritent d'être soulignés. Ils concernent les données statistiques, la possibilité de créer des impôts locaux et la question de la tutelle.

- Tout au long de l'enquête on s'est heurté à l'absence de données précises sur les actions des municipalités en faveur de la santé et de l'éducation. Les déclarations varient en fonction des responsables rencontrés. Il semble qu'il y a là un problème sérieux de tenue de statistiques qu'il faut résoudre par la création de services de statistiques.

- Tous les responsables municipaux rencontrés expriment chacun le souhait d'avoir la liberté de créer des impôts. Cette idée mérite une grande attention dans la mesure où les situations économiques varient d'une municipalité à une autre.

- La tutelle n'est pas particulièrement appréciée par les responsables municipaux car ils y voient un frein au développement de leurs initiatives.

## **CHAPITRE 6 :**

# **UNE IMPLICATION ACCRUE DES ACTEURS NON GOUVERNEMENTAUX POUR QUELLE EFFICACITE ?**

### **INTRODUCTION**

De plus en plus, on assiste à l'émergence d'acteurs non gouvernementaux qui interviennent sous différentes formes en guise de contribution à l'augmentation des offres des services sociaux non satisfaits par les structures étatiques et décentralisées. Quelle est l'impact de la décentralisation sur le rôle des ANG dans la satisfaction des besoins en services sociaux ? L'action de ces ANG intègre-t-elle davantage les préoccupations des populations ? Quelles sont les limites des possibilités d'action de ces organisations ? Sont-elles prises en compte pour un balisage éventuel de leur champ d'intervention ? Il s'agit ainsi d'analyser les mutations subies dans le processus de décentralisation en ce qui concerne l'émergence des ANG et les champs de compétence que ces nouveaux acteurs se sont appropriés dans la satisfaction des besoins en services sociaux.

### **6.1 DEFINITION DE LA NOTION D'ACTEURS NON GOUVERNEMENTAUX.**

Les acteurs non gouvernementaux sont, comme le nom l'indique, les organismes qui fonctionnent indépendamment de l'Administration centrale ou locale. Ils n'ont donc aucun lien organique avec cette dernière. En plus des ONG (organisations non gouvernementales), les acteurs non gouvernementaux comprennent diverses associations de la société civile.

Face à l'incapacité de l'Etat à assurer la totalité de l'offre dans le domaine des services de santé et d'éducation, un grand nombre d'acteurs agissent dans ces secteurs. Ainsi, dans ce domaine, en dehors de l'Etat, des collectivités locales et de la coopération bilatérale et multilatérale, on peut recenser les acteurs suivants :

- Les ONG
- Les entreprises privées
- Les institutions privées sans but lucratif (syndicats, associations de ressortissants de

certaines villages,...). Dans l'anonymat, ces organisations interviennent beaucoup dans les constructions des infrastructures scolaires et de l'hydraulique, dans l'amélioration de la qualité de l'éducation et de la santé à travers la dotation en matériels et médicaments.

- Les parents d'élèves et communautés de base. Ils participent aux opérations ci-après :
  - construction, entretien, et équipement des écoles, logements des maîtres, cantines, etc. par des apports en nature et en espèces.
  - acquittement des cotisations de parents d'élèves statutaires et exceptionnelles
  - dépenses de fournitures scolaires, de transport, d'encadrement complémentaire à domicile, etc.

Les élèves eux-mêmes participent à l'entretien des infrastructures par le biais de l'investissement humain et organisent parfois des activités lucratives au profit de leur école

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes donc intéressés aux organismes suivants :

- les O N G intervenant dans le domaine de la santé et de l'éducation.
- le Secteur privé. Dans le domaine de la Santé nous prenons en compte les cabinets privés de soins médicaux, les cliniques privées, les pharmacies privées etc. Dans le secteur de l'Education les établissements d'enseignement privé (primaire, secondaire général ou technique, et supérieur) en font partie ;
- les Comités de développement ;
- les Associations de Parents d'Elèves (APE)
- les Associations de ressortissants ;
- les tradipraticiens

## **6.2-Cadre légal des interventions des ANG.**

Plusieurs textes régissent l'activité des ANG au Burkina Faso. Il y a d'abord la loi N° 10/92/ADP du 15 décembre 1992 portant liberté d'association qui constitue la base légale générale pour tout « groupe de personnes physiques ou morales, nationales ou étrangères, à vocation permanente, à but non lucratif ayant pour objet la réalisation d'objectifs communs, notamment dans les domaines culturel, sportif, social, spirituel, religieux, scientifique, professionnel ou socioéconomique » (article 1).

Compte tenu de l'importance accordée par l'Etat à certains groupes ou associations, des textes spécifiques ont été pris pour ce type d'organisations. Il en a ainsi, dans le domaine de l'Education, des textes<sup>18</sup> (arrêtés ministériels) portant création des Associations des parents d'Elèves, et des Comités de Gestion au niveau de chaque établissement d'enseignement scolaire, primaire et secondaire, public et privé. En matière de santé, il faut signaler le décret N° 93-001/PRES/MFPL/SASF/MAT du 28 janvier 1993 portant autonomie de gestion dans les formations sanitaires périphériques de l'Etat. Sur la base de ce décret, des comités de gestion sont créés dans les différentes formations sanitaires jusqu'au niveau des districts sanitaires<sup>19</sup>. En ce qui concerne les ONG, un modèle de Convention Cadre d'établissement entre les ONG et le Burkina Faso existe. Une fois signée par chacune des parties (ONG, Gouvernement), la convention sert de base de collaboration entre le pays et chaque ONG considérée individuellement.

L'importance des APE accordée par l'Etat dans le fonctionnement des établissements scolaires est marquée par l'article 13 de l'arrêté portant sur leur création et qui stipule que : « Les fonds de l'association sont divisés en deux chapitres : un fonds de fonctionnement de l'Association et un fonds de soutien au fonctionnement de l'école ou de l'établissement ». Et l'article 14 de préciser : « Le fonds de fonctionnement de l'Association est géré par le bureau. Le fonds de soutien au fonctionnement de l'école ou de l'établissement est géré par le Comité de gestion. De fait, il s'avère que les APE dont les fonds sont constitués essentiellement par les cotisations prélevées directement lors des premiers versements des frais de scolarité, interviennent beaucoup dans le fonctionnement des établissements d'enseignement, aussi bien dans le primaire que dans le secondaire. Ce type d'appui non négligeable au fonctionnement des structures existe également dans le domaine sanitaire avec les comités de gestion comme nous le verrons plus loin.

---

<sup>18</sup> Ces textes datent du 3 octobre 1991 et contiennent encore les oripeaux de l'Etat d'exception quand bien même le processus de démocratisation avait théoriquement commencé avec l'adoption de la Constitution du 11 juin 1991. De ce fait, si l'Arrêté portant sur les APE est toujours appliqué dans une certaine mesure, celui relatif aux Comités de Gestion des établissements d'enseignement scolaire semble dépassé ; les taux relatifs aux frais de scolarisation par exemple qui étaient fixés par ce comité avec des plafonds bien définis, même dans les établissements privés, n'obéissent plus aux rigidités de l'Administration, chaque établissement fixant librement ses frais de scolarisation.

<sup>19</sup> Le district sanitaire est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système national de santé. Il englobe toutes les structures sanitaires situées dans ses limites géographiques et une population de responsabilité bien définie.

## 6.3 L'ETAT DES LIEUX

### 6.3.1 Généralités

De façon générale, les principaux résultats fournis par les enquêtes et analyses des informations relatives aux ANG sont les suivants :

- **Les ONG** : elles sont essentiellement localisées dans les sites du nord (Dori, Ouahigouya, Kaya). Elles sont relativement peu nombreuses à Gaoua et à Houndé (Sud-Ouest et Ouest du pays). L'apport des ONG dans les secteurs de la santé et de l'éducation ne serait pas substantielle. Les actions de santé et d'éducation sont marginalisées au profit d'autres activités dans des secteurs comme l'agriculture, l'artisanat, l'hydraulique villageoise, la sauvegarde de l'environnement, le petit crédit, etc. Pour les élus par exemple, « les ONG ne s'intéressent pas beaucoup aux populations urbaines. Elles préfèrent mener des activités vers des zones rurales car elles estiment que les populations des zones urbaines sont plus nanties ». C'est ainsi que, même si des ONG sont présents dans la zone, en réalité la plupart de leurs interventions sont plus orientées vers les populations de « l'intérieur » que vers celles vivant dans l'espace territorial de la commune. De plus, ils interviennent soit directement avec les populations, soit par l'intermédiaire des structures déconcentrées de l'Etat.
  
- **Les associations de développement** : elles sont présentes mais là aussi beaucoup plus en zone rurale qu'en zone urbaine. Leurs interventions sont manifestes surtout au niveau de l'éducation, mais de plus en plus dans le secteur de la santé avec la mise en œuvre de la politique nationale de santé basée sur l'initiative de Bamako et la décentralisation. C'est le sens de la mise en place de comités de gestion villageois dans les formations sanitaires présentes dans la zone.
  
- **Les propriétaires de structures éducatives et sanitaires** : dans le secteur de l'éducation, notamment dans le primaire et le secondaire, le développement des établissements privés est toujours embryonnaire. Cependant des initiatives sont développées ici et là par des privés dans la réalisation d'établissements d'enseignement. Dans le secteur de la santé,

les initiatives privées sont encore timides. On note cependant dans certaines communes la création d'infrastructures de santé (centres médicaux, cabinets de soins, pharmacies, etc.) par des confessions religieuses ou des personnes physiques.

### **6.3.2 Les ANG et le secteur de la santé**

Dans ce secteur interviennent principalement des fondateurs ou gérants de cabinets de soins, de cliniques privées et d'officines pharmaceutiques. Un recensement effectué en 1997 par l'Arrondissement de Baskuy dans la commune de Ouagadougou indiquait pour le seul arrondissement de la commune, 50 cabinets de soins privés et une polyclinique privée. Selon les responsables de la Mairie, ces chiffres sont sans doute dépassés car chaque jour il y a des ouvertures de cabinets privés. Les responsables de ces structures sont pour la plupart d'anciens agents de santé ayant servi dans la fonction publique. Ils interviennent avec le souci premier de réaliser des bénéfices sur la base des prestations des services qu'ils offrent même si leurs interventions s'inscrivent dans le sens de contribuer à la résolution des problèmes de santé des populations en leur fournissant des services de qualité. L'implantation de leurs établissements répond plus à leurs propres soucis de rentabilité que la couverture adéquate de l'ensemble de la population.

Dans sa politique sanitaire, l'Etat a cédé la vente des produits pharmaceutiques au secteur privé. Toutes les officines pharmaceutiques sont privées. C'est avec l'initiative de Bamako que les formations sanitaires ont été dotées de dépôt de médicaments essentiels génériques. Entre les dépôts pharmaceutiques et les pharmacies, on ne peut pas véritablement parler de concurrence. Les pharmacies privées vendent les spécialités et les génériques alors que les dépôts ne vendent que des génériques. Les officines pharmaceutiques sont très développées à Ouagadougou où on compte plus de 50 pharmacies tandis qu'à Ouahigouya il n'y a que deux.

Considérées comme des structures à but lucratif, mais apportant un appui considérable à l'Etat, elles sont de plus en plus associées par les responsables sanitaires étatiques dans la mise en œuvre de la politique sanitaire du pays.

Il en est de même en ce qui concerne les tradipraticiens. Face au coût de plus en plus élevé des médicaments, notamment dans les Officines pharmaceutiques, et des consultations dans les cabinets privés, les populations se tournent de plus en plus vers les « agents traditionnels » de santé. Bien que nombre d'entre eux surestiment leurs capacités à traiter

« toutes sortes de maladies », leur contribution d'un point de vue d'ensemble est appréciable et ils arrivent à soulager bien de malades. Les structures sanitaires étatiques reconnaissent d'ailleurs l'importance de leur contribution et tentent de les intégrer dans la politique sanitaire de l'Etat.

Les confessions religieuses interviennent également de façon non négligeable dans ce secteur (Saint Camille, Centre Paul VI, par exemple à Ouagadougou ; Ligue Mondiale Islamique à Ouahigouya). En général, les prestations, si elles sont également payantes, sont comparativement moins onéreuses que dans les cabinets et officines privés, voire même dans les services publics. Mais à ce niveau également, elles n'obéissent pas forcément à une certaine logique d'implantation qui intègre le souci d'une meilleure couverture générale de la population.

Selon le responsable d'un district sanitaire de Ouagadougou, le chef de district doit contrôler le fonctionnement de toutes les formations sanitaires qui relèvent de sa zone. Mais des problèmes existent avec les formations sanitaires appartenant à ces organisations (le cas des confessions religieuses). « Alors il faut avouer que les dispensaires gérés par les confessions religieuses, on a des problèmes avec eux. Qu'est ce qui se passe, on ne sait pas d'abord comment elles se sont installées alors souvent on vous saute ici on va voir le ministère qui donne son accord, après on vous demande de superviser. Vous supervisez, vous voyez que ça ne suit pas, vous faites des observations, on vous dit taisez-vous, parce que ça vous dépasse. Bon que ça soit musulman, que ça soit protestant ou catholique c'est pareil. Vous supervisez mais quand vous voyez que ça ne vas pas on vous dit non... On va travailler ou on ne travaille pas alors si bien que la formation de ces formations sanitaires on le fait mais avant tout on demande aux responsables de ces formations sanitaires la collaboration. S'ils veulent bien sur le plan technique nous allons les superviser mais sur les autres plans on aura pas droit de regard. Leur tarification nous par exemple on ne peut pas influencer, les sources des médicaments qu'elles vendent dans les dépôts nous, nous ne savons pas d'où ça vient. Généralement c'est des dons qui viennent d'Europe, ils arrivent, ils vendent. On arrive on voit des spécialités alors que les dépôts doivent être des médicaments essentiels génériques ».

### 6.3.3 Les ANG et le secteur de l'éducation

Un grand nombre d'ANG interviennent dans le secteur de l'Education. Les plus importants sont les fondateurs d'établissements privés et les Associations de Parents d'Elèves (APE), mais il ne faut pas négliger l'apport des autres acteurs, même si leurs interventions sont généralement ponctuelles. On pense ainsi aux associations diverses telles que celles de ressortissants des localités considérées, les associations de femmes, les organisations d'élèves, les actions de jumelage et bien sûr les organisations non gouvernementales.

Les personnes physiques ou morales et les confessions religieuses qui s'investissent dans le secteur sont présentes dans les différents ordres d'enseignement : le préscolaire, le primaire, le secondaire surtout technique et le supérieur. Bien que la part revenant à l'Etat soit encore la plus importante, la place qu'ils occupent et leur rôle ne sont pas négligeables et s'accroissent d'année en année. Le privé laïc (les fondateurs d'établissement principalement) interviennent dans ce secteur avec deux soucis majeurs : faire suffisamment des recettes et produire de bons résultats qui à leur tour vont drainer davantage d'inscrits dans leur établissement. Ce qui fera accroître leurs recettes. A partir de ces objectifs, il est clair que le choix des lieux d'implantation de ces établissements est dépendant des capacités financières des populations de la localité et / ou de ses environs. L'Etat n'ayant aucun droit de regard sur leur gestion, ces fondateurs fixent à leur guise les frais de scolarité. Ce dernier se contente seulement de leur octroyer des autorisations d'ouverture, et de mettre quelquefois à leur disposition un site pour s'implanter.

Les confessions religieuses qui interviennent dans le secteur de l'Education sont celles qui représentent les trois principales religions importées au Burkina Faso : l'Islam qui touche environ 52 % de la population burkinabè, le catholicisme (20 %) et le protestantisme (3 %). La religion musulmane est surtout présente dans l'enseignement primaire (les écoles médersas). Les deux autres couvrent le primaire et le secondaire, les catholiques touchant un peu le supérieur (enseignement livré dans certains séminaires).

Ce type d'établissements a existé depuis l'époque coloniale. L'objectif visé dès la mise en place de ces structures était d'apprendre aux enfants à lire et à écrire et de contribuer ainsi à l'élévation de la scolarisation et de l'alphabétisation au sein de la population. Mais il s'agissait aussi et surtout de faire passer le message religieux et de mobiliser le plus grand nombre d'adeptes possibles. Si fait que dans ces établissements des cours d'enseignement religieux étaient dispensés, étaient évalués et prenaient au moins la même importance que

les autres disciplines. Pour l'essentiel, l'enseignement était gratuit dans ces établissements, jusque même les fournitures scolaires. A la faveur du contexte économique et des rapports entre les responsables de ces établissements et l'Administration, des mutations sont intervenues. C'est ainsi que la plupart de ces établissements ont connu une plus grande influence de l'Etat dans la gestion et surtout les programmes d'enseignement. Mais ils sont restés pour l'essentiel dans le giron des religieux.

Le privé laïc ou confessionnel est considéré actuellement par les structures gouvernementales comme des partenaires privilégiés dans le système éducatif du Burkina Faso. Toutefois, la politique poursuivie par l'Etat n'est pas totalement celle qui prévaut au niveau du privé, notamment dans l'objectif d'une meilleure couverture scolaire de l'ensemble du pays. Ainsi, l'Etat parle de carte scolaire, l'ouverture des écoles devant tenir compte des effectifs d'enfants scolarisables et des distances qui séparent deux établissements. Or, compte tenu de la logique d'implantation géographique des établissements (logique qui se différencie lorsque l'on passe de l'Etat au privé), certaines zones voient une concentration d'établissements privés, tandis que d'autres restent les parents pauvres dans cette situation. La logique d'implantation des établissements confessionnels était guidée par le souci de s'installer dans les zones favorables à la propagation du message religieux. Le privé laïc préfère les localités où ils peuvent recueillir le maximum de recettes. La concentration de la population dans les centres urbains et surtout le pouvoir d'achat des populations qui y est plus élevé font que les communes constituent des lieux privilégiés pour le secteur privé.

Même à ce niveau, dans la pratique, si l'on excepte le cas de la ville de Ouagadougou, l'implantation des établissements scolaires privés (laïc ou confessionnel) n'est pas très importante dans les sites. Ainsi, comme le montre le tableau ci-dessous, il n'existe aucun établissement d'enseignement préscolaire dans les autres sites. Il en est de même pour l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire technique mis à part Ouahigouya.

Tableau 6.1 : Répartition géographique des établissements d'enseignement privé par niveau d'enseignement.

Site	Niveau d'enseignement			
	Préscolaire	Primaire	Secondaire Général	Secondaire Technique
Dori	-	-	-	-
Gaoua	0	0	01	0
Houndé	-	-	-	-
Kaya	-	-	02	-
Ouagadougou	60	168	60	20
Ouahigouya	0	07	03	02

Les Associations de Parents d'Elèves (APE), sont les partenaires privilégiés de l'éducation. Elles sont structurées en associations d'établissement, de département, de province et au niveau national. Le bureau national de l'association nationale des parents d'élèves est la structure dirigeante qui coordonne les activités. L'Etat leur accorde une telle importance dans la gestion du système éducatif que les deux ministères chargés de l'Education (MEBA et MESSRS) ont pris un Arrêté conjoint qui réaffirme leur rôle et leur mission d'organisation et de gestion des écoles en vue de participer pleinement à l'éducation, l'instruction et la formation de leurs enfants.

Ces associations sont fonctionnelles dans tous les établissements. Leurs ressources proviennent essentiellement des cotisations annuelles faites par les parents d'élèves. Ces cotisations sont en fait obligatoires puisqu'elles sont directement prélevées lors des premiers versements des frais de scolarité. Elles s'échelonnent de 1000 F - 1 500 F dans les écoles primaires à 3 000 F - 5 000 F dans les établissements d'enseignement secondaire. C'est dire que d'importantes sommes d'argent sont gérées par ces associations. Le même arrêté du 3 octobre 1991 instituant l'association des parents d'élèves précise la répartition des fonds récoltés. L'article 13 énonce en effet que « les fonds de l'Association sont divisés en deux chapitres :

- un fonds de fonctionnement de l'association
- un fonds de soutien au fonctionnement de l'école ou de l'établissement ».

L'article 14 ajoute : « le fonds de fonctionnement de l'association est géré par le bureau et le fonds de soutien au fonctionnement de l'école ou de l'établissement est géré par le comité de gestion ». Les établissements fonctionnent actuellement grâce à ces fonds. Les dépenses en matériels et réfections des locaux sont faites en prélevant sur ces fonds. Dans les établissements d'enseignement secondaire, le manque d'enseignants a rendu nécessaire le recrutement de vacataires payés sur ces fonds.

Quant aux ONG, apparues au Burkina Faso depuis le milieu des années 1950, elles se sont fixées pour tâche d'intervenir en faveur des communautés de base par la réalisation de petits projets et programmes de développement à moyen et long terme. Essentiellement étrangères par le passé on rencontre aujourd'hui des ONG aussi bien nationales qu'internationales. Bien que les pouvoirs publics aient défini des cadres et des zones prioritaires d'intervention, leurs implantation et intervention se révèlent inégalitaires sur le territoire national du fait qu'elles ont tendance à privilégier certaines zones, notamment celles de la partie Nord et Centre du pays. En outre, comme nous l'avons déjà mentionné, elles interviennent généralement hors des limites communales dans l'objectif selon elles de toucher directement les populations les plus démunies.

Dans cette stratégie d'intervention, les secteurs de la Santé et de l'Education peuvent être considérés comme les parents pauvres de l'appui des ONG dans les communes.

#### **6.4 LES APPORTS DES ANG**

On peut faire le constat général que très peu d'ANG tiennent une comptabilité rigoureuse qui permette d'avoir une idée relativement exacte du niveau réel de leur contribution en valeur monétaire. Cela est d'autant plus difficile que pour l'essentiel, les interventions des ANG se font en nature : constructions de salles de classe, dons de fournitures scolaires à certaines écoles pour ce qui est du domaine de l'éducation ; au niveau de la santé, il s'agira par exemple de prestations gratuites de soins médicaux, de campagne de sensibilisation des populations sur les MST/SIDA, l'Hygiène, la vaccination des enfants ou la réalisation et l'équipement d'infrastructures sanitaires (dispensaires, dépôts pharmaceutiques). Une difficulté supplémentaire vient se greffer à cette situation. La plupart de ces acteurs se montrent réticents à livrer les informations relatives à cet aspect des investigations. Cependant, on estime que d'une façon générale, la contribution des ANG dans les secteurs de la santé et de l'éducation est relativement faible.

Tableau 6.2 : Contribution des ANG dans les secteurs de l'Education et de la santé – Dori

<b>EDUCATION</b>				
Année	Dons en nature	Valeur monétaire convertie FCFA	Dons en liquidité CFA	Total FCFA
1990	Médicaments	5 000 à 25 000	-	5 000 à 25 000
1996	Construction de 4 salles de classe + 1 bureau	...	-	...
1997	Construction de 3 classes, 1 magasin, 1 salle de professeurs	...	-	...
1998	Fournitures scolaires	20 000	-	20 000
	Machines à écrire	...	-	...
	Fournitures de bureau	150 000	50 000	200 000
	Médicaments	5 000	-	5 000

<b>SANTE</b>				
Année	Dons en nature	Valeur monétaire convertie FCFA	Dons en liquidité FCFA	Total FCFA
1990	Soins médicaux	...	-	...
	Médicaments	...	-	...
1996	Médicaments	10 000	-	10 000
1997	Formation de femmes consultations/soins	...	-	...
	Médicaments	10 000	-	10 000
	Fournitures de bureau	7 500	25 000	32 500
1998	Campagne de Sensibilisation	...	-	...
	Construction et équipement d'un dispensaire privé	...	-	...
	Médicaments et soins gratuits	10 000	-	....
	Fournitures de bureau	...	-	...
	Projection de film/conférence	150 000	50 000	200 000

A l'examen des résultats des enquêtes de terrain dans les différents sites, deux sites ont été retenus pour se faire une idée du volume des interventions de quelques ANG dans le domaine de l'Education et de la Santé. En effet, eu égard au niveau et à la qualité de l'information chiffrée des interventions des ANG dans les différents sites de la recherche, nous avons retenu les sites de Ouahigouya et de Gaoua pour faire une estimation quantifiée des contributions de certains ANG dans les domaines de l'Education et de la Santé. Le tableau 6.2 présente les résultats des informations chiffrées obtenues lors des investigations. N'ont été consignés que les résultats des ANG qui ont bien voulu livrer quelques informations « exploitables ». Ainsi, trois ANG ont été retenus aussi bien à Ouahigouya qu'à Gaoua pour le niveau relativement appréciable de leurs contributions.

Dans chacun des deux sites, l'analyse du niveau des interventions estimées porte sur celles de certains ANG comme les ONG, les Associations de Parents d'Elèves et les comités de gestion. Deux raisons essentiellement justifient ce choix. D'abord ces ANG sont ceux qui font des interventions dont les estimations sont relativement plus fiables qui permettent une certaine analyse. Ensuite, des ANG comme ceux des structures de Santé ou d'Education, gérées par des fondateurs privés, ne livrent presque jamais les informations relatives aux interventions qu'elles effectuent. Ainsi, on ne dispose pas d'éléments pertinents permettant d'estimer le niveau réel, même approximatif de leurs investissements, même si l'on imagine facilement qu'ils atteignent des niveaux appréciables.

#### Le site de Ouahigouya

L'analyse des interventions des ANG dans les domaines de Santé et d'Education dans le site de Ouahigouya se fonde sur trois ANG : ECLA (Etre Comme les Autres), APE (Association des Parents d'Elèves) et AMMIE (Appui Moral, Matériel et Intellectuel à l'Enfant). L'évolution du niveau des interventions de ces trois ANG entre 1990 et 1998 est présentée dans le tableau n°16. Seule l'APE existait en 1990, date de référence retenue avant la mise en œuvre du processus de Décentralisation au Burkina Faso. D'une manière générale, on peut observer que le volume global des interventions (en termes monétaires) a baissé entre 1990 et 1996, passant de cinq cent (500) millions à environ trois cent seize (316) millions de francs CFA, avant de remonter sans atteindre en 1998 le niveau de 1990. Si l'on doit, sur cette base, faire la relation avec le processus de décentralisation, on ne peut pas affirmer que celle-ci a eu un impact positif sur le niveau des interventions des ANG dans le domaine des secteurs sociaux de Santé et d'Education.

Entre 1996 et 1998, le niveau des interventions des ANG a cependant augmenté, sauf celui de l'APE qui est resté constant. L'ANG « Etre Comme les Autres » s'est révélée être le plus dynamique dans le domaine de la Santé et surtout de l'Education, le volume global de ses interventions dans les deux secteurs ayant progressé de moins de 3 % à plus de 19 % du total des interventions des trois acteurs. Toutefois, l'APE reste la structure dont le niveau des interventions est de loin le plus important tout au long de la période considérée.

#### Le site de Gaoua

Pour les mêmes considérations de choix, trois ANG ont également été retenus : le Plan international, l'APE et le Comité de Gestion des Médicaments essentiels génériques (de l'hôpital) de Gaoua. Pour ces trois ANG dont on ne dispose pas de données chiffrées des interventions en 1990, le volume global des interventions est passé d'environ onze (11) millions à 31 millions de francs CFA entre 1996 et 1998. Bien que le volume de la contribution reste modeste, elle a connu une progression spectaculaire de 184 % au cours des trois années considérées. La comparaison des contributions des ANG fait ressortir que contrairement à Ouahigouya où l'APE apparaît comme le principal intervenant, à Gaoua c'est l'ONG Plan international qui assure l'investissement le plus important dans le domaine de l'Education et de la Santé (96 % du total des contributions des trois ANG). L'importance de la progression est due d'ailleurs en grande partie à l'investissement opéré par cette ONG. Il faut cependant faire remarquer que l'APE considéré dans ce site est limitée à un seul établissement (le lycée municipal) alors que celui de Ouahigouya concerne l'ensemble de la ville.

**Tableau 6.3:** Contributions chiffrées des ANG dans le domaine de l'Education et de la Santé en 1990 et de 1996 à 1998 dans les sites de Ouahigouya et de Gaoua

**Ouahigouya**

ANG	A N N E E			
	1990	1996	1997	1998
<b>ECLA</b>				
Education	0	4 000 000	12 000 000	56 000 000
Santé	0	5 000 000	15 000 000	22 000 000
<i>Sous total</i>	<i>0</i>	<i>9 000 000</i>	<i>27 000 000</i>	<i>78 000 000</i>
<b>APE</b>				
Education	500 000 000	272 000 000	272 000 000	272 000 000
Santé	0	0	0	0
<i>Sous total</i>	<i>500 000 000</i>	<i>272 000 000</i>	<i>272 000 000</i>	<i>272 000 000</i>
<b>AMMIE</b>				
Education	0	4 940 320	14 186 831	7 536 831
Santé	0	29 597 886	30 339 891	43 533 517
<i>Sous total</i>	<i>0</i>	<i>34 538 206</i>	<i>44 526 722</i>	<i>51 070 348</i>
<b>TOTAL</b>	<b>500 000 000</b>	<b>315 538 206</b>	<b>343 526 722</b>	<b>401 070 348</b>

**Gaoua**

ANG	A N N E E		
	1996	1997	1998
<b>Plan international</b>			
Education <sup>20</sup>	0	0	5 000 000
Santé	10 000 000	15 000 000	25 000 000
<i>Sous total</i>	<i>10 000 000</i>	<i>15 000 000</i>	<i>30 000 000</i>
<b>APE</b>			

<sup>20</sup> La contribution pour ce secteur s'élève à 200 millions de francs CFA en 1998, mais pour un ensemble de 183 villages de la zone. Seuls ont été pris en compte l'appui à la direction régionale de l'Education (DREBA) pour un montant de 5 millions de francs.

Education	352 000	255 000	548 000
Santé			
<i>Sous total</i>	<i>352 000</i>	<i>255 000</i>	<i>548 000</i>
<b>Comité de gestion MEG</b>			
Education	0	0	0
Santé	600 000	600 000	600 000
<i>Sous total</i>	<i>600 000</i>	<i>600 000</i>	<i>600 000</i>
<b>TOTAL</b>	<b>10 952 000</b>	<b>15 855 000</b>	<b>31 148 000</b>

#### **6.5-LES EFFETS DE L'IMPLICATION DES ANG DANS LA SATISFACTION DES BESOINS DES POPULATIONS AU NIVEAU LOCAL EN MATIERE D'EDUCATION ET DE SANTE**

Les données d'enquête montrent que les interventions des ANG dans le secteur de l'éducation et de la Santé dans les communes sont globalement appréciables. En tout état de cause, ces interventions constituent pour l'État et les municipalités une bouffée d'oxygène dans l'offre des services pour la satisfaction des besoins des populations en matière de santé et d'éducation. C'est d'ailleurs l'insuffisance de l'implication des pouvoirs publics dans l'offre de services de santé et d'éducation aux communautés de base qui justifie l'implication de différents acteurs non gouvernementaux dans ce domaine comme dans bien d'autres.

Ces acteurs y trouvent pour la plupart la raison essentielle de leur implication. Ils pensent même que, malgré cette implication somme toute modeste au regard des besoins des populations, l'Etat et les municipalités doivent intervenir beaucoup dans les domaines de l'éducation et de la santé. Pour les pharmacies privées, par exemple, l'Etat doit subventionner le coût des médicaments et les soins médicaux. Les ONG estiment que la commune devrait beaucoup s'investir dans l'éducation comportementale, veiller à l'amélioration des conditions d'hygiène, aux comportements d'hygiène par le biais de l'assainissement.

Conscients de l'importance du rôle joué par les ANG dans le domaine de la santé et de l'éducation, les pouvoirs publics encouragent ces derniers à continuer d'intervenir dans ces

secteurs. C'est un sentiment largement partagé par la grande majorité des ANG. Pour le responsable de ECLA (être comme les autres) : «Nous sommes déjà reconnu, ils nous ont permis de négocier directement avec les bailleurs de fonds, de travailler selon les plans de l'Etat. L'Etat nous envoie des techniciens et nous aide dans le financement (emprunt d'Etat) de nos projets. Et un responsable de l'AMMIE (Appui Moral, Matériel et Intellectuel à l'Enfant) d'ajouter « Pour les activités que nous programmons, l'Etat et la municipalité nous encouragent en nous accordant des autorisations et en présidant nos séances ».

Cependant à la question de savoir si l'Etat et/ou la municipalité démissionnent de leurs responsabilités dans les deux services de Santé et de l'Éducation parce que des ANG interviennent dans ces secteurs, ils répondent paradoxalement de façon négative dans leur grande majorité (à l'exception des structures sanitaires privées). La principale justification de cette appréciation est que « l'État ou les municipalités ne peuvent pas tout faire. Ils ne démissionnent pas de leurs responsabilités, ils ont adopté une nouvelle logique de développement pour responsabiliser les populations».

Les discussions et enquêtes de terrain ont révélé que les populations choisissent en général les actions de développement en fonction de l'importance des opportunités ponctuelles offertes et non en fonction de l'intérêt à long terme des projets mis en œuvre. Il en est ainsi par exemple de la participation des populations à certaines activités telles que les sessions de formations organisées par des ANG. Leur participation irait avec l'importance des services lors de ces sessions.

De ce point de vue, la question posée sur la responsabilité de l'Etat et des Municipalités mérite d'être posée également pour le cas des populations et communautés de base. Si les interventions des ANG contribuent d'une certaine façon à « déresponsabiliser » les pouvoirs publics face à la satisfaction des besoins des populations en matière de Santé et d'Éducation, ces interventions ne conduisent-elles pas également les populations à se maintenir dans une situation de perpétuels assistés ?

## CONCLUSION DU CHAPITRE 6

Ce chapitre de la recherche s'est proposée de réaliser les tâches ci-après : identifier les ANG, décrire l'histoire de leur émergence, évaluer leurs actions par rapport au processus de décentralisation, mettre en relief leur stratégie de conquête des sphères dans les services sociaux.

### - Identification des ANG :

Les acteurs non gouvernementaux (ANG) sont les diverses associations de la société civile et les organisations non gouvernementales. Elles n'ont en principe aucun lien organique ni avec l'État ni avec les collectivités locales. Celles qui sont considérées dans le champ d'étude sont celles qui interviennent dans le domaine de la santé et de l'éducation dans les différents sites de la recherche. Ainsi des institutions privées sans but lucratif (syndicats, associations de parents d'élèves et communautés de base, de ressortissants de certains villages, etc.) ont été pris en compte. Par exemple, dans le domaine de la santé, sont pris en compte les cabinets privés de soins médicaux, les cliniques privées, les pharmacies privées, et les acteurs traditionnels de la santé (les traditpraticiens), etc. ; dans le secteur de l'Éducation, les établissements d'enseignement privé sont également considérés comme des acteurs non gouvernementaux.

### - Émergence et histoire des ANG

L'insuffisance de l'offre de services en matière de santé et d'Éducation par l'État est manifeste dans certaines localités. L'implication des ANG dans la satisfaction des besoins des populations en matière de santé et d'éducation est venue du fait que l'État et les municipalités n'ont pas toujours eu des réponses appropriées aux demandes exprimées par ces populations. Un grand nombre d'acteurs non gouvernementaux ont donc senti la nécessité d'occuper le vide laissé par les pouvoirs publics dans ce domaine. Ces interventions constituent en effet pour l'État et les municipalités une bouffée d'oxygène dans l'offre des services de santé et d'éducation. Ainsi, des particuliers implantent dans certaines localités des structures éducatives et sanitaires laïques ou confessionnelles selon leurs propres logiques certes, mais qui de façon générale contribuent dans une certaine mesure à la satisfaction des besoins des populations en matière de santé et d'éducation. Ces acteurs y trouvent pour la plupart la raison essentielle de leur implication. Les facilités et les encouragements multiformes accordés par les pouvoirs publics à ces différents acteurs viennent du fait que ceux-ci assurent un apport non négligeable dans la satisfaction des besoins des populations dans le domaine

de l'éducation et de la santé. Ils pensent cependant que, malgré cette implication somme toute modeste au regard des besoins des populations, l'État et les municipalités doivent intervenir beaucoup dans les domaines de l'éducation et de la santé.

- Mode d'évaluation de leurs actions par rapport au processus de décentralisation

Le processus de décentralisation entamé au Burkina Faso depuis le début des années 1990 a-t-il eu un impact sur le rôle joué par les ANG ? Les réponses données à cette question par ces acteurs sont mitigées, mais pour l'essentiel elles sont plutôt négatives. Cependant, elles méritent d'être nuancées dans la mesure où très peu d'acteurs semblent être au fait de cette notion de décentralisation, de ses objectifs et but. Il est vrai que hors mis les discours sur la décentralisation et quelques actions médiatiques, beaucoup de gens ignorent ce que font réellement les structures chargées de la décentralisation. De plus, bon nombre d'acteurs intervenaient déjà bien avant la mise en place des principaux dispositifs de la décentralisation (TOD, structures, etc.). Ainsi s'il existe des dispositions juridiques attribuant des rôles ou organisant les interventions des ANG, la plupart de ces derniers n'en ont pas connaissance.

- Interventions des ANG dans le domaine des SSSE (sources et modes de financement)

Sur la base des résultats de l'enquête de terrain, on estime que, d'une façon générale, les interventions des ANG dans les secteurs de la santé et de l'Éducation sont relativement modestes, même si elles contribuent à soulager les populations. Les ONG qui constituent les plus grands intervenants dans ces secteurs ont des priorités qui ne font pas la part belle aux secteurs de l'éducation et de la santé. Elles s'intéressent surtout aux domaines tels que l'hydraulique villageoise, l'agriculture, l'artisanat, la sauvegarde de l'environnement, le petit crédit, etc.

Les interventions des ANG dans les secteurs sociaux de santé et d'éducation se font la plupart du temps en nature : constructions de salles de classe, dons de fournitures scolaires à certaines écoles dans le domaine de l'éducation ; au niveau de la santé, il s'agira par exemple de prestations gratuites de soins médicaux, de campagne de sensibilisation des populations sur les MST/SIDA, l'Hygiène, la vaccination des enfants ou la réalisation et l'équipement d'infrastructures sanitaires (dispensaires, dépôts pharmaceutiques). Les informations relatives aux estimations chiffrées de leurs interventions sont plutôt difficiles à obtenir du fait que la plupart de ces acteurs se montrent réticents à les livrer.

- Stratégie de conquête des sphères dans les services sociaux  
Des tentatives opérées pour disposer de données chiffrées ont permis de retenir quelques acteurs non gouvernementaux dont le niveau des interventions n'est pas négligeable. Même si, au regard des immenses besoins des populations dans les domaines de santé et d'éducation, le volume des interventions paraît modeste, il est certain que l'action combinée<sup>21</sup> des différents ANG apporte une aide précieuse aux populations qui bien souvent n'ont pour seul recours que le concours de ces organisations. Conscients de l'importance du rôle joué par les ANG dans le domaine de la santé et de l'éducation, les pouvoirs publics encouragent ces derniers à continuer d'intervenir dans ces secteurs.

De là à tirer la conclusion que l'État et les municipalités démissionnent de leur responsabilité ou que l'action des ANG constitue une échappatoire pour eux, il n'y a qu'un pas que certains n'hésitent pas à franchir, notamment les responsables des structures privées de santé. Les organisations non gouvernementales par contre justifient « l'attentisme des pouvoirs publics » par le fait que l'État ou les municipalités ne peuvent pas tout faire.

---

<sup>21</sup> Encore faut-il qu'une réelle coordination assure une véritable synergie des actions pour une meilleure efficacité. Ce qui n'est pas toujours le cas.

## CHAPITRE 7 :

### PEUT-ON MIEUX INTEGRER LES LEADERS COUTUMIERS ?

#### INTRODUCTION

Les Textes d'Orientation de la Décentralisation (TOD) ont été adoptés en août 1998, accompagnés par une loi portant programmation de la mise en œuvre de la décentralisation. Dans cette phase où il faut passer de la théorie à la pratique avec le transfert des compétences et des ressources que les résistances sont souvent les plus vives. Celles-ci peuvent venir des leaders coutumiers dont les pouvoirs et les sphères d'influences risquent d'être remis en cause. Qui sont ces leaders coutumiers ? Quels sont les modes d'émergence de ces acteurs ? Quels sont leurs modes d'intervention ? Dans quels domaines interviennent-ils ? Quels sont les effets de leurs interventions ? Enfin, quelles sont les interactions de ces acteurs avec les autres acteurs de la décentralisation ? Telles sont les questions qui feront l'objet des analyses qui suivent.

#### 7.1 PEUPLEMENT ET CHEFFERIE TRADITIONNELLE

Les six sites de la recherche sont de composition ethnique et linguistique différentes. Il convenait de retrouver l'origine de leur peuplement ainsi que les fondements de leur organisation socio-politique.

##### 7.1.1 Les sites de la recherche : aperçu historique

**Dori :** L'histoire de la population de Dori est marquée par une succession et par une cohabitation de différents groupes ethniques. En l'absence de sources écrites, des sources orales affirment qu'au 13<sup>e</sup> siècle les gourmantché livrèrent une bataille contre les Peul en vue de s'approprier leurs terres. Les Peul vivaient dans des villages disséminés dans la campagne. Ces derniers étant sortis victorieux de cette bataille, décidèrent de se regrouper pour être plus aptes à se défendre en cas de nouveau conflit. Le site choisi pour leur

implantation se trouvait être à côté d'une mare, point d'eau vital pour ce peuple de pasteurs. Pendant le XIX<sup>e</sup> siècle les Ferrobé, Peul, plus islamisés et mieux organisés fondèrent le royaume de Liptako. Cela obligea les gourmantchés à migrer vers le sud. Les Terrobé un clan peul, se mirent en rébellion contre les Ferrobé et s'installèrent dans la région de Sebba où ils fondèrent le royaume de Yagha. Dori en langue Peul signifie « derrière la mare » et est né de la volonté des populations des villages de se protéger des envahisseurs. La chefferie actuelle est sous la responsabilité des Dicko. Selon monsieur Dicko Boubacar, « ils ont quitté le Ténékrou (Mali). Ils étaient guidés par un chef nommé Birmari Salla Pathé. Ce dernier n'avait pas pu accéder au trône de son père que son frère aîné de six mois lui avait ravi. Il lui fallait donc quitter le pays. Avant de s'exiler les mages du pays lui ont conseillé de se diriger vers l'est, car c'est là-bas qu'il y a une terre où il pourra régner. Et avant son départ on lui offrit entre autre remède un taureau noir qui allait le moment venu choisir l'endroit où il devrait s'arrêter et ériger son royaume. Le sort a fait que c'est sur le site actuel de Dori que le taureau en question a porté son dévolu ».

**Gaoua** : il semble que c'est en 1876 que les peuples occupant actuellement le Sud-Ouest traversèrent le fleuve Mouhoun (ex Volta Noire) en provenance du Ghana pour s'installer sur l'autre rive dans l'actuel Burkina Faso. Il s'en est suivi des vagues successives de migrations s'étalant jusqu'en Côte-d'Ivoire. C'est dans ce mouvement de populations que Bafuji, un Lobi fut le premier à s'installer dans l'actuel Gaoua. Il fonda une famille et posa le fétiche fondateur du village. Il mourra après l'arrivée des Blancs dans la localité. L'actuel chef de terre serait un descendant direct de Bafuji. Il est le dépositaire du pouvoir qu'il a hérité de sa lignée. Appartenant à une communauté à pouvoir non centralisé, le clan des Palé, premier clan fondateur du village, est responsable de la gestion de l'autorité traditionnelle.

**Houndé** : d'un point de vue historique, le Bwamu en général et la région de Houndé sont très peu connus. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les habitants de cette région font partie des peuples à pouvoir non centralisé. En effet, les Bwaba ont toujours vécu en communauté, l'unité de référence étant le village qui est une unité politique, religieuse et spatiale. On comprend pourquoi la conquête du Bwamu n'a jamais pu être ni effective, ni durable au cours de l'histoire des grands ensembles de l'Afrique de l'ouest car il fallait le conquérir village après village. Il y a cependant lieu de retenir que la région n'est pas restée

en marge de l'évolution historique de l'Afrique de l'Ouest. Au nord dans la région de Djénné (Mali) ils ont subi le contre coup de la fin de l'empire du Ghana qui vit l'exode des Sarinkés dont une partie occupa le nord repoussant les Bwaba vers le sud. Les Bwaba subirent également les invasions des peul venus du Macina dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Du côté sud et sud-ouest, les Bwaba ont subi au début du XIII<sup>e</sup> siècle jusqu'à la colonisation française, les assauts des Ouattara de Kong implantés à Bobo-Dioulasso. Malgré tous les mouvements les communautés villageoises ont résisté à toutes les tentatives guerrières d'assimilation politique et de conversion religieuse. La vraie domination des Bwaba fut celle des français au début du XX<sup>e</sup> siècle. Les Bwaba ont à cet effet manifesté une dure et longue résistance contre les troupes françaises. Ces tentatives d'invasions et leurs conséquences n'ont cependant pas provoqué de perturbation sur l'organisation traditionnelle des Bwaba. La religion traditionnelle qui existait avant l'arrivée du colonisateur était celle du « Do ».

**Les villes mossi : Ouagadougou, Ouahigouya et Kaya :** De l'histoire de ces trois entités, il ressort qu'elles ont un passé commun. Elles ont une même logique de gestion du pouvoir à savoir le pouvoir centralisé, hiérarchisé. La société moaga fonctionne selon une configuration qui s'est établie à partir de la mise en place des différents groupes dans l'émulation sociale qui a donné le moogho. Les hiérarchies se sont formées selon la modalité d'entrée de chaque groupe. Au sommet de la pyramide sociale se trouve les « Nabiissi » ou nobles. C'est la classe au pouvoir. Ce pouvoir qui s'est imposé depuis la période de la conquête se transmet de génération en génération.

- **Ouagadougou, capitale du royaume mossi :** Il semblerait qu'à l'origine elle était habitée par des Nioniosé et des Ninsi. C'était un village qui portait le nom de Kombentenga. Oubri, petit fils de Ouédraogo et fils de Zoungrana a commencé à construire son royaume à partir d'une province de Tenkodogo qu'il commandait. Après s'être assuré le contrôle de la région de Zorgho, Oubri continua son avancée sur l'ouest et s'installa à Ziniaré. Et c'est de cette localité qu'Oubri lança une offensive qui le conduisit aux portes de Kombentenga. Les mossi constituaient une puissance bien organisée qui écrasait toute résistance sur leur passage. Le chef de Kombentenga en était informé et avait conscience de son incapacité à contenir leur avancée. Il décida alors de faire face aux troupes de Oubri par la soumission. C'est ainsi que des messages furent

envoyés à la rencontre des envahisseurs avec un taureau, un bélier et un coq blanc en signe de paix. Quand Oubri arriva dans la localité, son étonnement ne fit que plus grand : un festin avait été préparé pour l'accueillir. Le chef lui fit servir un repas ainsi qu'à ses soldats. Et selon cette même version de l'histoire, Oubri s'exclama en ces termes « quel respect à notre égard, alors que nous venions pour faire la guerre ! » C'est cette exclamation qui a inspiré la nouvelle appellation de la ville « Wogdo » (respect à notre égard) qui devint par déformation Ouagadougou. Oubri érigea Ouagadougou en capitale. Ce fut un point stratégique à partir duquel il a pu étendre son royaume jusqu'à Koudougou à l'ouest et Yako au nord.

- **Kaya, chef lieu de la province du Sanmatenga :** L'occupation moaga ne s'est pas faite partout par la force. Si la puissance du royaume constituait un danger évident pour les voisins, elle était aussi synonyme de paix pour les populations qui vivent à l'intérieur. Celles-ci étaient en effet protégées de toute attaque extérieure. Une agression quelconque contre une localité sans contrôle royale constituait une déclaration de guerre à tout le royaume. C'est pour cette raison que certains peuples ont préféré se placer sous la tutelle du Moogo afin de se protéger des agressions de leurs voisins. C'est le cas de Tiffon, village situé au nord dont le chef vint solliciter la protection du Moogo Naaba de Ouagadougou. Ce fut le prince Sandboudo qui fut envoyé pour contrôler cette région qui deviendra le Sanmatenga. Les données historiques attestent que quand Naaba Sandboudo se rendait à Tiffon, il fut bloqué avec sa troupe par la rivière de Loumbila. Il dut avoir recours aux procédés magiques d'un vieil homme habitant de la localité. Il convainquit ensuite cet homme du nom de Simporé de se joindre à lui. C'est ainsi que Simporé fut associé à la mise en place du Sanmatenga vers 1470. Il s'installa non loin du palais de Sandboudo, à un endroit où on séchait le mil germé (« Kay » en mooré). C'est cette localité qui deviendra plus tard Kaya. Le chef de Kaya descendant de Simporé joue le rôle de premier ministre du chef de Sanmatenga.
- **Ouahigouya, capitale du Yatenga :** Le Yatenga est le troisième royaume moaga. La région du yatenga couvrait d'abord la province du Zondoma fondée par Rawa, second fils de Ouédraogo. Cette province vassale de Ouagadougou n'a pas vécu longtemps. A la mort d'Oubri ses enfants Naskiemdé, Nasbiré, Sorba et Yinemdo prirent successivement le trône. A la mort de ce dernier Kumdumye fut intronisé au détriment de Yadéga qui

menait des conquêtes dans les régions du nord. Yadéga tenta alors vainement l'annexion de Ouagadougou, puis se retira au nord dont il prit le contrôle. Il s'était au préalable assuré de la complicité de sa soeur Pabré qui réussit à dérober les fétiches royaux. Yadéga put alors fonder son royaume en annexant le Zondoma. C'est Kango, vingt-sixième souverain du Yatenga qui fonda Ouahigouya vers 1750 pour en faire sa capitale. Il y construit un palais imposant d'où il voulait voir couler le fleuve Niger. Le terme Ouahigouya est une déformation de « way n yugi yâ » (venez vous soumettre). Cela correspond à l'ordre intimé par Naaba Kango à tous les dirigeants des localités qui étaient sous sa domination.

### 7.1.2 Structuration de la chefferie dans les six sites

Les modes d'organisation sociale et politique traditionnels sont spécifiques à chaque ethnie. On peut néanmoins citer trois modes assez caractéristiques:

**Le mode lignager** du pouvoir politique attribué aux *Birifor*, partie de l'ensemble ethnique *Lobi*, dans le sud-ouest du pays. Les *Birifor* vivent dans de petits ensembles sans autorité centrale. La cellule de base est le *Yir*, qui regroupe le patriarche et sa famille, ses frères cadets et les leurs. Les *Birifor* rechignent à toute forme d'autorité, et on les a parfois qualifié d'anarchistes.

**Le mode villageois** d'exercice du pouvoir se rencontre chez les *Bwa*, ethnie de l'Ouest Burkina. Selon certains auteurs, le projet communal se lit dans l'organisation de l'espace *bwa*. L'espace y est en effet distribué en auréoles concentriques. Le village se présente comme la collectivité de base, et le commandement politique appartient au représentant le plus âgé du lignage fondateur assisté d'un conseil d'anciens.

- Dans le mode d'exercice du pouvoir que pratiquaient les *Mosse*, l'institution **étatique** était déjà présente. L'organisation politique des *Mosse* est très centralisée. C'est un empire avec à sa tête un chef suprême (le Mogho-Naba), à qui tous devaient allégeance. L'idée d'identité au niveau villageois se réfère plutôt au quartier, et les chefs à ce niveau y représentent le pouvoir central. On peut donc parler de pouvoir déconcentré

En dépit de leurs différences, ces trois types d'organisation sont des systèmes gérontocratiques où les plus vieux sont censés détenir le savoir et même le pouvoir sinon politique, du moins occulte, parce qu'ayant accès aux cultes des ancêtres.

Sur les six sites de la recherche, deux types d'acteurs ont été identifiés : Ouagadougou, Kaya, Ouahigouya et Dori étaient sociétés hiérarchisées, avec une chefferie traditionnelle ancienne; Houndé et Gaoua par contre sont des sociétés où la chefferie est de création récente. Ces nouveaux chefs ont un pouvoir plus limité sur la population. L'organisation et le fonctionnement de la chefferie à Dori semblent s'apparentent à ceux des Mossi. Mais actuellement le système ne fonctionne plus. Le chef était choisi dans la famille des Dicko et c'était le plus âgé qui accédait au trône. Cet ordre a été bouleversé par le colonisateur.

A **Gaoua**, le chef de terre n'a pas traditionnellement un pouvoir au sens plein du terme. Il joue le rôle d'intermédiaire entre les ancêtres et les membres de la communauté. Il assume une fonction religieuse au sein de sa communauté qui consiste à faire veiller l'esprit des ancêtres sur la communauté. C'est une sorte de prêtre religieux avec des pouvoirs surnaturels. Avec les différentes mutations son pouvoir a plutôt un aspect symbolique que réel. S'il est encore reconnu comme autorité légitime, le chef de terre a une influence de plus en plus faible sur la population.

La structuration de la chefferie traditionnelle dans la commune de **Houndé** est de type segmentaire et classique. Son organisation est placée sous la supervision du chef de village et du chef de terre. Le chef de village est désigné parmi les plus âgés. Il doit être un autochtone, être de la lignée des premiers résidents du village, et être accepté par toute la famille. Son rôle est de diriger le village conformément aux normes coutumières. Le chef est considéré selon cette logique comme le sage du village. Entre lui et le chef de terre, il y a un rapport de hiérarchie. Ce dernier (chef de terre) répond aux attentes du chef de village selon les circonstances. Son rôle est surtout d'ordre coutumier. Il préside les sacrifices. Comparativement aux sociétés hiérarchisées, les deux chefs n'ont pas un pouvoir autoritaire sur la population. Leur pouvoir est plutôt moral. La structuration du pouvoir est effective dans les quartiers. Chaque quartier dispose d'un chef de terre et d'un chef de quartier. L'assemblée du village réunit tous les chefs des quartiers. C'est le chef du village qui préside les réunions et les décisions sont prises de façon collégiale. Aujourd'hui la chefferie traditionnelle existe, mais elle n'a aucun pouvoir décisionnel. Sa principale tâche se résume à l'exécution des cérémonies coutumières.

### 7.1.3 Rapports entre l'administration et les pouvoirs traditionnels

Le colonisateur à son arrivée a trouvé un espace social et politique organisé avec des institutions. En vue d'asseoir son autorité et d'atteindre ses visées, il s'est appliqué à bouleverser cet ordre préexistant. L'administration coloniale s'est peu à peu substituée aux formes d'autorités antérieures, pour se poser comme seul garant de l'ordre nouveau. Depuis lors, les pouvoirs politiques qui lui ont succédé ont gardé la même ambition de contrôler l'espace national de façon exclusive. Cependant, une société ne peut pas du jour au lendemain faire table rase de l'organisation qu'elle connaissait depuis des siècles. Les institutions traditionnelles précoloniales, bien qu'ayant souffert de l'hégémonie des institutions modernes républicaines héritées de la colonisation, ont survécu jusqu'aujourd'hui.

La notion d'Etat-Nation est venue remettre en cause ces différents mode d'organisation. Aussi ces différentes chefferies ont constitué pour l'administration (coloniale ou après la colonisation) des « partenaires » par lesquels elle a pu légitimer son pouvoir. Aussi la chefferie en pays mossi a toujours une représentativité. Le pouvoir moderne a bouleversé l'organisation sociale, néanmoins le mogho naaba est une autorité pour la communauté mossi surtout. La volonté d'instaurer une « répartition institutionnelle des tâches », en réservant le domaine politique aux structures « modernes » et en assignant les fonctions coutumières aux structures traditionnelles, n'a jamais véritablement abouti. En pratique, ces deux types de structures d'encadrement partagent le même espace social et entretiennent des rapports dynamiques. Chacune d'elles participe à l'évolution de l'autre et en subit à son tour l'influence. Il existe une interaction entre pouvoirs traditionnels et pouvoirs modernes (chefs coutumiers maires de commune (Dori), de l'utilisation par les acteurs locaux non institutionnalisés du pouvoir moderne ou de moyens modernes (mandat électif, association), pour renforcer leur pouvoir traditionnel et intervenir dans les domaines sociaux, et utilisation du pouvoir moral de ces acteurs sur les populations par les structures décentralisées dans la gestion des communes. C'est justement cette interaction que nous voulons observer à travers la nouvelle politique de décentralisation et précisément le volet éducation et santé.

On peut retenir que la mutation profonde au sein de la chefferie traditionnelle est intervenue en 1983 avec l'avènement de la révolution. Ainsi ont été abrogés tous les textes relatifs à cette chefferie : les textes organisant les modes de désignation des chefs de villages, ceux

fixant les limites de compétences territoriales entre autorités coutumières et autorités administratives, ainsi que tous les textes relatifs aux rémunérations, gratifications et autres traitements des chefs coutumiers en Haute Volta. Durant cette période la chefferie coutumière et la pratique de la coutume ont été placées sur le même pied d'égalité que les communautés ou organisations religieuses.

La constitution de 1991 prévoit des dispositions qui permettent aux chefs de retrouver une certaine autorité. L'article 7 de la constitution prévoit que « la liberté de croyance, de non croyance, de conscience d'opinion religieuse, philosophique, d'exercice de culte, la liberté de réunion, la pratique de la coutume ainsi que la liberté de cortège de manifestation sur la voie publique sont garanties par la présente constitution sous réserve du respect de la loi de l'ordre public, des bonnes mœurs et de la personne humaine ». Le territoire est organisé en collectivités territoriales ou siègent des organes locaux élus. La loi numéro 003/93/ADP portant organisation du territoire national en collectivités territoriales divise le territoire en collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ces collectivités sont la commune subdivisée en secteurs et la province comprenant des départements et/ou des communes. Dans chaque collectivité siège un conseil élu. Ce conseil est l'organe délibérant de la collectivité. Cette réforme apporte une innovation dans les rapports entre l'administration et la chefferie.

La loi 007/93/ADP portant régime électoral des conseillers de village, de secteur communal, de département et de province, aménage une place aux communautés coutumières au sein des conseils de villages et de secteurs. Les conseils de village, de secteurs et de départements se composent de conseillers élus et de conseillers désignés représentant les organisations socioprofessionnelles, et les communautés religieuses et coutumières. Ces derniers ont un statut consultatif. Ils ne sont pas éligibles dans les bureaux des conseils. La loi ne pose aucune incompatibilité entre les responsabilités de chef coutumier et le mandat de conseiller élu au sein des conseils municipaux et communaux.

L'analyse des rapports entre l'administration et la chefferie de la période coloniale à nos jours révèle que plusieurs changements sont intervenus dans les rôles et les missions de ces deux types d'acteurs. Seul le pouvoir révolutionnaire a voulu nier l'autorité des chefs traditionnels.

Aujourd'hui, il y a une résurgence du pouvoir traditionnel. Les chefs coutumiers sont des maires, des députés, et beaucoup exercent des fonctions administratives. Mais quel rôle jouent-ils dans le processus de décentralisation et précisément dans les secteurs de l'éducation et de la santé.

## **7.2 INTERVENTIONS DE LA CHEFFERIE TRADITIONNELLE EN MATIERE D'EDUCATION ET DE SANTE**

Les lois provisoires sur la décentralisation de 1993, tout comme les textes d'orientation de 1998 ont défini les compétences de l'Etat et de la collectivité. Dix domaines de compétence sont dévolues aux collectivités locales dont :

- la santé et l'hygiène
- l'éducation, la formation professionnelle et l'alphabétisation.

Les forces sociales que sont les pouvoirs traditionnels n'ont pas eu de compétences attribuées. Pourtant les collectivités locales les concertent pour toutes les actions qui concourent au développement de la commune. Selon la ville (pouvoir traditionnel centralisé ou non) l'autorité de ces chefs (réelle ou symbolique), est utilisée par les autorités locales. Au plateau mossi (Ouagadougou, Ouahigouya, Kaya) les chefs traditionnels occupent toujours un espace de pouvoir et sont parfois mieux écoutés que les représentants du pouvoir moderne. Les autorités communales ont recours à eux et selon la localité elles peuvent influencer l'application de certaines décisions.

### **7.2.1 L'éducation**

Historiquement, les chefs traditionnels ont plus souvent joué un rôle (négatif ou positif) dans l'éducation. Exemple : le fait que les chefs refusaient de scolariser leurs enfants a longtemps dévalorisé cette institution aux yeux des populations. Ce rôle continue aujourd'hui encore, même s'il est difficile de l'évaluer précisément. Dans le domaine de l'éducation, l'action des chefs se limite surtout à la sensibilisation des populations, à leur information sur les actions à mener. Ils interviennent essentiellement dans les actions de mobilisation des populations. A l'approche de la rentrée scolaire, ils organisent des séances de sensibilisation pour inciter les parents à envoyer leurs enfants à l'école. Ils sont peu représentés dans les

structures scolaires, sauf ès qualités en tant qu'enseignants ou parents d'élèves. A Kaya par exemple, il n' y a que deux chefs coutumiers dans la province, qui sont membres du collectif des associations de parents d'élèves. Néanmoins, le président de ce collectif affirme que cette présence vaut son pesant d'or. Dans les constructions d'écoles ou de collèges, les autorités coutumières sont sollicitées pour le choix du site. Connaissant bien les lieux (hantés, lieu de culte), elles décident du choix des lieux appropriés.

De plus en plus, les leaders coutumiers utilisent leur titre dans la recherche de moyens pour développer leurs quartiers ou leurs villages. Constatant que leur statut n'évolue pas et que l'administration ne fait que se servir d'eux, certains chefs préfèrent orienter leurs actions dans le sens de l'appui à la population. Le Baloum Naaba (premier ministre du Mogho Naaba de Ouagadougou) est président d'honneur d'une association qui, selon lui, a contribué à la réhabilitation de l'école de Bilbalogho. Elle a procédé à la distribution de fournitures aux enfants nécessiteux. A Ouidi (quartier de Ouagadougou) les interventions du chef ont permis la construction de six classes et du mur de l'école. En l'absence de statut dans l'ordonnancement politique moderne, l'influence des chefs varie selon leur appartenance ou non au parti au pouvoir. Les tâches que leur confie l'administration varient également en fonction de cette appartenance politique.

### **7.2.2 La santé**

Dans une ville comme Ouagadougou où les moyens de communication sont diversifiés, les chefs jouent moins le rôle d'informateur que dans une zone comme Gaoua ou Dori. Lors des campagnes de vaccination, les recrutements d'élèves, la lutte contre l'excision, l'assainissement du cadre de vie, ils sont consultés. A Ouagadougou pour les campagnes de vaccination ils sont sollicités pour renforcer l'information des populations par les mass-médias. Dans les villes moyennes, ils sont utilisés comme "moyens de communication" et de sensibilisation de la population. A Houndé par exemple lorsque le chef reçoit une lettre de la part des autorités l'invitant à mobiliser la population, il réunit d'abord les chefs de quartiers . Ces derniers répercuteront l'information dans leurs quartiers. Ensuite il y a des personnes choisies pour la tâche, qui se promènent avec des tambours pour informer la population. Afin de lutter contre certaines pratiques anciennes, les chefs traditionnels sont conviés à des sessions de formation et du retour dans leurs localités ils doivent informer et sensibiliser la population. Par exemple dans le cadre de la lutte contre l'excision le

Kamsonghin Naaba (chef de quartier Kamsonghin de Ouagadougou) est membre du comité chargé de sensibiliser la population à travers le pays. Il est également président d'honneur de la Croix Rouge nationale.

En tant que leaders de leurs communautés, les chefs coutumiers doivent parfois pallier aux insuffisances des actions entreprises par l'Etat en faveur de leur quartier, village ou ville. C'est ainsi que le Kaam Naaba de Saint-Léon (un quartier de Ouagadougou) et le chef du secteur 28 de Ouagadougou affirment payer parfois de leurs poches des seringues lorsque les dotations s'avèrent insuffisantes pendant les campagnes de vaccination, ou encore honorer les ordonnances de leurs sujets les plus démunis.

Cinq chefs sur six chefs enquêtés à Ouagadougou lors de la seconde phase de la recherche, avouent n'avoir rien changé dans leurs actions depuis le début de la décentralisation. Seul le chef de Wemtenga (un quartier périphérique de la ville) a vu son rôle en matière de santé accru. Il est le président du comité des sages qui veille sur le dépôt pharmaceutique et est ainsi sollicité dans la résolution des problèmes liés à la conservation des produits et à la gestion de la trésorerie.

Certains chefs estiment que la décentralisation empiète sur leur territoire de compétence sans pour autant les associer à la réalisation des programmes. Ils regrettent le manque de cadre de concertation formel entre autorités municipales et leaders coutumiers.

L'absence de cohésion ou même le manque de collaboration entre les structures déconcentrées de l'Etat et les collectivités locales, fait que dans les communes les chefs sont souvent saisis par les services de santé ou de l'éducation. Les communes disposent de services sociaux, mais ils collaborent peu ou même pas avec les services déconcentrés des ministères en charge de cette politique. A Houndé les autorités administratives de la santé saisissent le chef du village chaque six mois pour lui faire un bilan des malades soignés et les causes de la manifestation de telle ou telle maladie. Par ailleurs le chef de village a mis en contact les services de santé et les tradipraticiens pour une relation de complémentarité.

Le chef de Dori affirme envoyer des messages aux populations lors des journées nationales de vaccination, des travaux de salubrité ou d'intérêt commun. Ces messages ne sont pas perçus de la même façon par toute la population. Du côté des populations non autochtones, c'est le discours de l'homme politique, du côté des autochtones, c'est plutôt le chef traditionnel.

## CONCLUSION DU CHAPITRE 7

Les questions auxquelles ce chapitre s'est proposée d'apporter des réponses sont les suivantes : Qui sont les acteurs, les structures et les sphères d'action concernées ? Quels sont les canaux pour lesquels ils sont mobilisés ? Par qui sont-ils mobilisés ? Pour quelles populations cibles sont-ils mobilisés ? Leur existence et leur mobilisation offrent-elle une périodisation ? Quels sont les effets du sort (la situation) des acteurs du terrain sur la production des services sociaux de santé et d'éducation ?

Quelles conclusions peut-on tirer à l'issue des investigations ?

- Les prestataires de service ou acteurs de première ligne sont définis comme étant les agents de l'Etat intervenant dans les secteurs de l'éducation et de la santé. Il s'agit des médecins, des infirmiers, des enseignants, des agents de soutien (manœuvres, gardiens...). Le personnel est pris en charge par le budget de l'Etat. Mais on constate que de 1995 à nos jours certaines communes ont commencé à recruter leurs propres agents. Cela est surtout perceptible dans le secteur de la santé.

- Les politiques nationales en matière de santé et d'éducation sont définies par le gouvernement. Les prestataires de service bénéficient de formations spécifiques dans différentes écoles. Ces écoles constituent les structures d'intériorisation des normes et attitudes. Les concepts véhiculés dans ces écoles sont élaborés par l'administration centrale. Les modules de formation adaptées à la gestion des entités décentralisées sont très peu connus par les prestataires de service.

- L'employeur étant l'Etat, ces agents prêtent peu d'attention aux autorités des collectivités locales. L'objectif recherché est la satisfaction des missions assignées par l'administration centrale. Aussi pour la défense de leurs intérêts (condition de vie et travail), les prestataires de service adhèrent dans les syndicats.

- Dans le secteur de la santé, la notion de population de référence est de plus en plus utilisée. Ainsi chaque formation sanitaire couvre un espace géographique déterminé. Pour les agents de santé le concept demeure toujours incompris par la population. Avec la politique sanitaire actuelle chaque agent a pour population cible les personnes relevant de sa sphère géographique. Seulement ce découpage n'a aucun lien avec les limites territoriales des communes.

Pour le secteur de l'éducation, les établissements sont ouverts à tous les enfants de la commune. A ce niveau chaque enseignant selon son établissement d'affectation dispense des

cours aux élèves de sa classe sans se soucier de leur zone d'appartenance. Chaque parent inscrit son enfant à l'école de son choix.

- Les prestataires de service exécutent les programmes définis par leur ministère d'appartenance. Aussi les mutations au sein des services se font par la hiérarchie.
- Les rapports qui lient les prestataires de service et la population sont surtout des rapports de service. La population participe à la gestion du service à travers les associations des parents d'élèves et les comités de gestion. L'Etat à travers des stages participent au relèvement de la qualité des prestations fournies par les agents.

## **CHAPITRE 8:**

### **LES PRESTATAIRES DE SERVICES : PEUT-ON MIEUX LES ORGANISER ?**

#### **INTRODUCTION**

Les ministères de la santé et de l'éducation ont pour mission de concevoir des stratégies afin de permettre une large couverture sanitaire et la formation de la population. Les plans de développement sont conçus au niveau central et c'est les agents qui sont chargés de les appliquer. La notion de prestataires de service dans cette étude désigne les agents publics (de l'Etat ou des collectivités locales) qui ont la charge de mettre en oeuvre les politiques éducative et sanitaire.

#### **8.1-ACTEURS ET ITINERAIRES PROFESSIONNELS**

Les acteurs ou prestataires de service sont les agents de santé (médecins, infirmiers, manœuvres gardiens, personnels d'administrations) et d'éducation (professeurs, instituteurs, personnels d'administration, gardiens, manœuvres...).

La nouvelle orientation nécessite un dynamisme nouveau de la part des agents. Ces derniers n'ayant pas d'autonomie dans les prises de décision, les supérieures hiérarchiques (de chaque ministère) tenteront de leur inculquer des pratiques nouvelles.

##### **8.1.1 Les systèmes de diffusion des normes**

Regroupant des agents relevant de catégories professionnelles différentes, ils ont tous bénéficier de formation (sauf pour les agents de soutien gardiens, manœuvres...) dans des structures habilitées pour la tâche.

- Santé

Regroupés en plusieurs corps (médecins, infirmiers, personnel d'administration et de gestion...), ils ont un cursus scolaire et universitaire différent. Les médecins sont de niveau d'études universitaires. Ils ont tous suivi des études soit à l'Université de Ouagadougou soit

dans d'autres universités situées hors du pays. Formés pour servir dans la santé, ils ont été intégrés dans l'administration après l'obtention de leur diplôme.

Les autres par contre (infirmiers, personnel d'administration...) ont embrassés le corps à l'issue de concours directs, professionnels ou par tests. Les formations ont été faites dans les différentes écoles professionnelles (écoles nationales de la santé publique surtout). La durée des formations est liée à la spécificité de la filière. Elle varie généralement de un à trois ans.

- Education

Ce secteur est géré par deux ministères (ministère de l'enseignement de base et le ministère des enseignements secondaire supérieur et de la recherche scientifique). Les enseignants du primaire et du secondaire sont recrutés par voie de concours directs et sont formés dans les écoles nationales du primaire et à l'Institut des Sciences de l'Education.

Ces écoles préparent les futurs agents à la tâche enseignante. A l'issue de la formation chaque agent est mis à la disposition d'un directeur régional qui se chargera de son affectation.

Formés pour accomplir les missions que se sont fixés le gouvernement en matière de santé et d'éducation, ces agents acquièrent des statuts dont la légitimation ne se fera qu'à partir du moment où ils agissent sur le terrain. C'est à cet instant aussi que chacun s'auto évalue et juge du même coup l'efficacité de la formation.

Issus de génération et d'écoles différentes ce jugement se situe sous l'angle d'approches non uniformes. Certaines insuffisances de la formation sont comblées par les échanges d'expériences entre collègues et même par la volonté qu'affichent certaines personnes d'améliorer leur performance.

### **8.1.2-La nécessité de renforcer les performances des prestataires**

Pour pallier aux insuffisances constatées durant les années de formation, ou même permettre à chaque agent de s'adapter aux méthodes et techniques nouvelles des séminaires, des ateliers sont initiés à leur intention. Ils sont organisés par province ou par région. Ils sont de courte durée et donnent des fois lieu à la délivrance de certificats ou d'attestations.

Moyen de renforcement des connaissances tous les agents n'ont pas les mêmes chances de bénéficier. Les sources de financement sont différentes selon les zones. En effet en plus de

l'Etat il y a les partenaires privés (les organisations non gouvernementales) qui appuient les deux secteurs. Leurs actions sont localisées dans des zones précises.

Les différentes formations dont bénéficient les agents font en effet parties de la logique de tout système ouvert au changement. Certes le changement est synonyme d'adaptabilité aux techniques nouvelles, mais pour des secteurs sociaux peut-on ignorer les enjeux sociaux qui peuvent en découler.

## **8.2-PROFESSION ET RESEAUX DE RELATION**

Intervenant dans des secteurs dits sociaux, le champ d'action des prestataires présente des caractéristiques variables d'une commune à l'autre. Ne disposant pas des mêmes infrastructures, ni le même personnel qualifié ils doivent composer avec les acteurs du champ social qui sont les demandeurs de l'offre des services.

Aussi selon le secteur (santé ou éducation) le statut de l'acteur demandeur de service varie. De patient, il peut devenir élève, collègue ou parents d'élèves. Dans ce contexte où la dynamique du jeu des acteurs est souvent source de conflit, les prestataires déploient des stratégies afin de mieux intégrer chaque composante.

Les grandes décisions de leur institution proviennent des structures centrales (ministères). Leur rôle consiste à l'application effective des programmes, d'éducation ou de soins à l'envoi des rapports périodiques à leur hiérarchie. Mais localement ils ont en face d'eux d'autres acteurs (parents, élèves, élus locaux) qui influencent positivement ou négativement sur le fonctionnement du système. De même le suivi des élèves nécessite aussi l'appui des parents, et c'est pour cette raison que les enseignants sont sollicités par ces derniers.

En plus de l'encadrement pédagogique les parents participent à la gestion des infrastructures scolaires. A travers les associations des parents d'élèves les enseignants sollicitent l'appui du bureau pour l'achat du matériel didactique et la réfection des bâtiments.

L'implication des parents à la gestion des établissements scolaires leur octroie du même coup un statut qui se voit légitimer par la pratique quotidienne. Cette approche que l'on peut nommer "participative" fait qu'ils s'acquièrent des responsabilités et sont associés dans certaines prises de décisions concernant le fonctionnement des établissements.

Hormis la structure officielle (l'association des parents d'élèves), les enseignants entretiennent peu de relation avec les parents. Ils se retrouvent facilement entre promotionnaires d'écoles et collègues de services. Entre collègues de service les sujets

abordés sont les échanges d'expériences, les concertations pour la défense de leurs intérêts. Certains agents sont militants ou responsables syndicaux. Pour ces derniers, le syndicat est le cadre pouvant permettre aux agents de revendiquer leurs intérêts.

Ce cadre de rencontre entre agents d'un même corps existe aussi dans le secteur de la santé. La politique actuelle de l'Etat est considérée par certains de ces agents comme une démission. Pour eux les populations ont très peu de moyen pour prendre en charge la scolarité et les frais d'hospitalisation. De même l'ignorance des textes font que les responsables des associations des parents d'élèves ou des comités de gestion des formations sanitaires ne maîtrisent pas toujours les limites de compétence de leur fonction. Certains responsables veulent apprécier la manière dont les prestations sont données. Contribuant financièrement à la mise en place de certaines infrastructures ils veulent décider du choix des actions à entreprendre. Ces pratiques sont l'objet généralement de conflit ; et entravent le fonctionnement des services.

Confrontés aux décisions provenant des supérieurs hiérarchiques et des populations, les acteurs de terrain sont appelés à collaborer avec les représentants locaux des populations. En effet les élus locaux (maires, conseillers municipaux, députés) participent directement ou indirectement à la gestion des structures éducatives. Se disant des représentants des populations ils sont sollicités dans le cadre des constructions, des équipements en mobilier et fournitures. Leurs interventions se font par le canal de plusieurs réseaux. Des fois ce sont les promesses électorales qu'ils tiennent à honorer ; dans d'autres cas ce sont les populations ou les prestataires de service (à travers le premier irresponsable) qui sollicitent leur participation au financement de certaines réalisations.

Aussi d'une commune à une autres les actions des élus locaux divergent. Dans les anciennes communes comme Ouagadougou, Ouahigouya, Kaya les autorités municipales font des contributions qui vont des constructions d'infrastructures, aux dons de fournitures et aux distributions de prix aux meilleurs élèves. Les autres communes apportent surtout des fournitures aux établissements scolaires. Le partenariat entre les prestataires et les élus locaux ne se limite pas uniquement à l'appui matériel. Ces derniers concourent au déblocage des crises qui peuvent naître entre populations et prestataires.

Les élus locaux contribuent au fonctionnement des établissements et formations sanitaires, mais pour les acteurs de terrain, bien vrai que certains entretiennent des relations avec eux ; les actions se font par l'intermédiaire des structures déconcentrées de l'Etat (direction régionale, ou inspection de l'enseignement primaire). Annuellement le conseil municipal

décide des actions à entreprendre et dans l'élaboration des budgets communaux des fonds sont dégagés. Il existe selon les prestataires des actions isolées qui sont faites par un ou des élus locaux envers une structure bien déterminée ; mais elles sont rares.

Les actions des élus locaux, bien que non institutionnalisées sont appréciées favorablement par les bénéficiaires à savoir les gestionnaires des services.

Dans cette nouvelle redistribution des rôles, les acteurs de terrain acquièrent des statuts qui sont variables d'une localité à une autre. D'abord il y a la structure centrale à travers ses responsables des services déconcentrés qui jouent un rôle "de juge". Ils veillent à l'exécution des missions dont l'élaboration a été faite au niveau central. Pourtant ces pratiques nouvelles ne sont pas toujours applicables aux réalités des populations. A la santé il y a actuellement la tarification des actes. Et c'est aux agents de terrain de déployer des initiatives pour convaincre les bénéficiaires de l'opportunité de la nouvelle politique.

Localement les rapports entre les populations (les parents d'élèves surtout) et ces agents publics sont de nature conflictuelle. Les enseignants sont récompensés ou même décriés en fin d'année scolaire. Ces parents oublient que les échecs scolaires sont liés à plusieurs facteurs.

Optant pour une cause, la recherche de l'électorat les élus locaux sont selon certains agents complices des conflits qui peuvent naître entre eux et les bénéficiaires des services. Dans leurs discours politiques, ces agents se sentent peu valorisés, des élus font généralement croire à leur population que le personnel (enseignant ou de la santé) dispose de tous les atouts pour la réalisation des différentes tâches. Ainsi les conséquences qui en résultent de ces situations sont de deux ordres. Etant des agents de l'Etat, certains affirment qu'ils sont dans la localité pour une durée bien déterminée. Ils ont été affectés soit par nécessité de service ou par convenance personnelle. Pour eux ils ont leur rémunération et la solution des conflits passe par la formulation de demande pour rejoindre un autre poste. Et ces pratiques sont observables surtout chez les jeunes fonctionnaires qui sont à leur premier poste, sans aucune charge familiale. Pour d'autres, la solution passe par la recherche d'initiative locale. Par le biais de jumelage certains agents arrivent à créer des partenariats avec d'autres établissements ou villes extérieures. Le jumelage permet de bénéficier de fournitures ou des équipements. Il y a aussi une autre perspective qui passe par l'implication des élèves à la vie de l'école par l'amélioration du cadre de vie. C'est ainsi que certains agents ont avec l'appui des élèves créé des pépinières ou, mis en place des troupes théâtrales. De même pour faciliter une meilleure formation des élèves, des agents ont oeuvré à la création de cellule

scientifique et même à la formulation de cours supplémentaires qui ne sont pas pris en compte dans le programme. Les actions sont menées au sein des établissements et la hiérarchie est tenue informée. Seulement il y a des cas où sa réaction a été négative (exemple l'insertion des cours hors programme)

Appelée à apporter une dynamique nouvelle, la politique actuelle ne crée-t-elle pas d'autres pratiques qui compromettront sa réussite.

### **8.3-LE TEMPS DES INCERTITUDES**

Rapprocher l'administration des administrés telle est la philosophie de la déconcentration. Les agents publics voient aussi la réduction des démarches administratives. La décentralisation qui suppose le transfert des compétences a impulsé des logiques nouvelles dans les habitudes des populations. Le champ du pouvoir s'est élargi à de nouveaux acteurs. Ces derniers (les responsables locaux) doivent participer aux côtés des responsables des services déconcentrés de l'Etat à la gestion des infrastructures scolaires ou sanitaires. Certes le texte d'orientation sur la décentralisation ne définit aucun lien de hiérarchie entre ces deux structures, mais seulement elles doivent collaborer pour faciliter la bonne marche des services.

Les élus locaux (les maires) ont des compétences qui s'étendent sur leur commune. Aussi selon les potentialités financières de chaque commune le maire détient plus de pouvoir.

Les supérieurs hiérarchiques des agents publics sont les responsables provinciaux ou régionaux. C'est eux qui peuvent procéder aux mutations internes des agents. Etant plus proche d'eux, ils jouent un rôle déterminant dans l'évaluation par l'administration centrale de la performance de chaque agent. Et selon le secteur (santé ou éducation) il y a des inquiétudes. Ces inquiétudes vont de la disparité des potentialités des communes, au système d'évaluation des agents et les mutations du personnel.

Toutes les communes n'ont pas les mêmes ressources. Elles ne seront pas toutes capables de participer à la réalisation d'infrastructures. Le système d'évaluation des agents n'est pas bien défini. Le laxisme et la corruption de certains responsables ne favorisera pas selon eux l'application de critères objectifs dans la promotion des agents. S'agissant de l'autonomie de chaque commune, des agents s'inquiètent sur les risques qu'elle aura sur les affectations du personnel. Ils s'inquiètent du fait que chaque agent risquera de finir toute sa carrière dans une seule localité.

## **CONCLUSION DU CHAPITRE 8.**

Les principales questions de recherche de ce chapitre relatif aux prestataires de services sont les suivantes : Qui sont les acteurs, les structures et les sphères d'action concernées ? Quels sont les canaux pour lesquels ils sont mobilisés ? Par qui sont-ils mobilisés ? Pour quelles populations cibles sont-ils mobilisés ? Leur existence et leur mobilisation offrent-elle une périodisation ? Quels sont les effets du sort (la situation) des acteurs du terrain sur la production des services sociaux de santé et d'éducation ?

Les principaux éléments de réponse à ces questions peuvent être formulés comme suit :

- Les prestataires de service ou acteurs de première ligne sont définis comme étant les agents de l'Etat intervenant dans les secteurs de l'éducation et de la santé. Il s'agit des médecins, des infirmiers, des enseignants, des agents de soutien (manoeuvres, gardiens...). Le personnel est pris en charge par le budget de l'Etat. Mais on constate que de 1995 à nos jours certaines communes ont commencé à recruter leurs propres agents. Cela est surtout perceptible dans le secteur de la santé.

- Les politiques nationales en matière de santé et d'éducation sont définies par le gouvernement. Les prestataires de service bénéficient de formations spécifiques dans différentes écoles. Ces écoles constituent les structures d'intériorisation des normes et attitudes. Les concepts véhiculés dans ces écoles sont élaborés par l'administration centrale. Les modules de formation adaptés à la gestion des entités décentralisées sont très peu connus par les prestataires de service.

- L'employeur étant l'Etat, ces agents prêtent peu d'attention aux autorités des collectivités locales. L'objectif recherché est la satisfaction des missions assignées par l'administration centrale. Aussi pour la défense de leurs intérêts (condition de vie et travail), les prestataires de service adhèrent dans les syndicats.

- Dans le secteur de la santé, la notion de population de référence est de plus en plus utilisée. Ainsi chaque formation sanitaire couvre un espace géographique déterminé. Pour les agents de santé le concept demeure toujours incompris par la population. Avec la politique sanitaire actuelle chaque agent a pour population cible les personnes relevant de sa sphère géographique. Seulement ce découpage n'a aucun lien avec les limites territoriales des communes.

Pour le secteur de l'éducation, les établissements sont ouverts à tous les enfants de la commune. A ce niveau chaque enseignant selon son établissement d'affectation dispense des

cours aux élèves de sa classe sans se soucier de leur zone d'appartenance. Chaque parent inscrit son enfant à l'école de son choix.

- Les prestataires de service exécutent les programmes définis par leur ministère d'appartenance. Aussi les mutations au sein des services se font par la hiérarchie.

- Les rapports qui lient les prestataires de service et la population sont surtout des rapports de service. La population participe à la gestion du service à travers les associations des parents d'élèves et les comités de gestion. L'Etat à travers des stages participent au relèvement de la qualité des prestations fournies par les agents.

## CHAPITRE 9 :

### RECOMMANDATIONS : VERS UNE MEILLEURE ARTICULATION DES INTERVENTIONS

#### 9.1 RECOMMANDATIONS D'ORDRE GENERAL

##### 9.1.1. Meilleure coordination de la recherche

La mise en œuvre de la recherche sous la conduite du PDM si elle a été dans l'ensemble satisfaisante, il n'en demeure pas moins que des situations malheureuses ont perturbé sa bonne conduite. Il est vrai l'équipe du Burkina Faso n'a pas participé à la rencontre de lancement à Abidjan, rencontre au cours de laquelle, des orientations importantes pour la conduite de la recherche ont été dégagées. Néanmoins, l'équipe pense que certaines décisions qui ont été prises au cours de cette rencontre n'ont pas fait l'objet d'approfondissement ; raison pour laquelle, dans le processus de mise en œuvre de la recherche, des problèmes conceptuels et de compréhension sont apparus. L'exemple est l'introduction de la catégorie d'acteurs « *les prestataires de services* » et pour lesquels il n'a pas été donné des éléments pertinents aussi bien sur le pourquoi de la prise en compte de cette catégorie d'acteurs que sur la définition du terme lui-même. La conséquence aujourd'hui, c'est le flou qui entoure l'approche de cette catégorie et qui a abouti à la décision de laisser chaque équipe traiter l'objectif selon son entendement (rencontre de Ouagadougou, juillet 99).

Pour la réalisation d'une activité de cette dimension et afin d'éviter que de telles situations ne se reproduisent, l'équipe du Burkina préconise la constitution d'une équipe restreinte composée d'un représentant par équipe et le PDM, équipe qui se chargera d'harmoniser aussi bien au début qu'au cours de la mise en œuvre de l'activité, les points de vue afin que toutes les parties prenantes aient une même compréhension de l'activité.

##### 9.1.2-Faiblesse des échanges entre les 3 équipes

Malgré les vœux, il ressort que les contacts entre les équipes n'ont pas été matérialisés sur le terrain pendant toute la durée de la recherche. En dehors des deux rencontres (Yaoundé

et Ouagadougou) où toutes les équipes se sont retrouvées et ont échangé, la recherche a été conduite de manière parcellaire par chacune des 3 équipes. Et pourtant, la recherche est censée être une recherche *UNIQUE* réalisée dans trois pays différents.

A l'avenir, des dispositions devront être prises pour pallier cette insuffisance qui à coup sûr n'a pas permis une meilleure synergie d'action entre les équipes dans la réalisation de la recherche

### **9.1.3 Une meilleure définition des attentes et des acteurs**

L'équipe du Burkina a tenté dès les premiers moments de la recherche de montrer la nécessité de prendre en compte un ACTEUR essentiel pour mieux apprécier l'impact de la décentralisation et le niveau de satisfaction des besoins des populations en matière de santé et d'éducation. Elle avait proposé une opération de recherche (ou objectif) dont la réalisation devait fournir des informations sur l'appréciation des la base (populations). En effet, en ne prenant pas en compte cette catégorie d'acteurs (les ménages ou les populations), notre recherche ne touche pas les principaux bénéficiaires et agents du processus de décentralisation. En d'autres termes, les informations collectées se limitent uniquement aux points de vue des acteurs classiques qui ont été identifiés (acteurs institutionnels étatiques, communaux, ANG, Bailleurs de Fonds, Prestataires). Qu'en pensent les populations ? Rien du tout.

Il y a donc là une lacune de la recherche que nous pensons qu'il convient de combler si l'on veut avoir une idée réelle de comment la décentralisation est perçue à la base et en quoi, elle peut ouvrir des perspectives à une appropriation par la communauté elle même, des questions touchant à son bien-être comme la santé et l'éducation

### **9.1.4 Disséminer les résultats aux différents niveaux**

Nous basant sur les attentes et les perspectives de cette recherche, mais également des questionnements collectés auprès des acteurs qui ont été touchés, l'équipe du Burkina Faso pense qu'il serait indiqué de procéder à une restitution des résultats de la recherche auprès des acteurs de la décentralisation et des services sociaux de santé et d'éducation. Cette restitution devrait se faire aussi bien au niveau local qu'au niveau national.

## **9.2 RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES.**

### **9.2.1-L'Etat, l'acteur qui a propulsé la décentralisation sur l'injonction des bailleurs de fonds.**

A l'instar d'autres pays d'Afrique, le Burkina Faso est rentré dans le processus de la démocratie à pas forcés (par les bailleurs de fonds) depuis 1991. Et c'est à la faveur de la démocratie que s'est engagé le processus de la décentralisation. L'Etat est le principal initiateur de ce processus. Il a en effet mis en place toute une série de lois et une structure d'accompagnement de la décentralisation (la Commission Nationale de Décentralisation). Cela a permis la création des communes et l'organisation d'élections municipales en Février 1995. Pour atteindre ses objectifs l'Etat a entrepris une politique hardie de mobilisation des bailleurs de fonds, des ANG et diverses autres composantes de la société.

Aujourd'hui, la décentralisation administrative est une réalité. La décentralisation des services de santé et d'éducation est seulement amorcée.

Les transferts de ressources reste le maillon faible de la chaîne. Le transfert des moyens n'a pas accompagné pas le transfert des compétences . L'ouvrage est donc encore fragile.

La volonté politique de décentraliser est indéniable, mais les contradictions d'intérêts matériels et surtout politiques et idéologiques freinent l'avancée de ce processus.

La recommandation que l'on peut faire à ce niveau comporte quelques volets importants : la consolidation du processus par son élargissement au monde rural, le transfert effectif des compétences et des ressources aux municipalités et la création de conditions pour une meilleure action des autres acteurs.

### **9.2.2-Les bailleurs de fonds : Créer les conditions pour une intervention directe dans les collectivités locales dans les secteurs sociaux de base**

Du point de vue du niveau de contribution à la réalisation de la décentralisation et de l'appui aux secteurs de la santé et de l'éducation, les bailleurs de fonds (tous types confondus) demeurent des partenaires de premier rang au regard du volume de leurs appuis. Ce sont donc des acteurs incontournables dans le processus général de développement et de satisfaction de certains besoins sociaux des populations, la santé et l'éducation notamment.

Si ce constat est valable à un niveau global, on peut par contre déplorer deux situations majeures qui entravent une meilleure participation des bailleurs de fonds dans les secteurs de l'éducation et de la santé dans les collectivités locales décentralisées :

- la faiblesse voire l'inexistence des appuis directs des bailleurs de fonds aux collectivités décentralisées
- lorsque les appuis existent, ils ne sont pas toujours en cohérence avec les politiques et plans de développement définis au niveau communal.

En fait, ces situations traduisent une réalité à savoir que malgré l'existence de dispositions légales qui permettent aux collectivités décentralisées de nouer des rapports de coopération avec les partenaires au développement dont les bailleurs de fonds, cette coopération **directe** entre les collectivités locales et les bailleurs de fonds **n'existe pas** (il s'agit ici de la coopération avec les institutions multilatérales et bilatérales et non pas la coopération décentralisée). C'est toujours l'Etat qui est le garant et l'interlocuteur des bailleurs de fonds. Cela est d'autant plus vrai que comme il a été mentionné plus haut, les secteurs de la santé et de l'éducation sont des secteurs dont les politiques sont toujours conduites par l'Etat.

Face à cette situation et pour permettre aux bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux d'être beaucoup plus présents en terme d'appuis aux collectivités locales décentralisées, les pouvoirs publics devraient initier des cadres juridiques qui permettent aux bailleurs de fonds de pouvoir intervenir directement dans les collectivités locales. Parallèlement, les collectivités locales devraient avoir les capacités nécessaires pour pouvoir définir des stratégies propres en matière de santé et d'éducation au regard de leurs réalités et de pouvoir « négocier » directement avec les bailleurs de fonds.

D'autre part, les structures gouvernementales chargées de la coordination, de la mise en œuvre et du suivi du processus de décentralisation devraient aujourd'hui après cette phase de mise « en route » et d'expérimentation, mettre l'accent sur les appuis touchant beaucoup plus l'amélioration des conditions sociales des populations. En d'autres termes, l'appui demandé aux bailleurs de fonds devrait désormais être sollicité non pas pour l'instrumentation du processus, mais plutôt pour la réalisation d'actions concrètes qui ont un impact direct sur les populations.

### **9.2.3 Municipalités et services sociaux de santé et d'éducation : une réalité mais encore fragile**

- *Articulation des activités de la municipalité et celles des Services techniques déconcentrés de l'Etat.*

L'étude a révélé un décalage entre d'une part le modèle général de décentralisation et la décentralisation des services sociaux de santé et d'éducation (SSSE) et d'autre part la décentralisation des services et le transfert des ressources. Elle révèle une faible articulation entre les activités de la municipalité et celles des services techniques déconcentrés de l'Etat. Les transferts de compétences, tout en étant décrits dans le TOD, comporte des zones d'ombre. Le champ des partages des compétences n'est pas totalement clair, en tout cas pas pour les responsables locaux.

- Au regard de ce diagnostic, deux actions essentielles méritent d'être entreprises

- \* une meilleure articulation des actions entre les activités des municipalités et celles des services provinciaux de santé et d'éducation par la mise en oeuvre d'un mécanisme juridique.

- \* l'éclaircissement des champs de compétences entre Etat et municipalités en matière de santé et d'éducation

- *Les transferts de ressources et les parts des budgets consacrées aux SSSE.*

Il ressort des investigations que les parts des budgets consacrées aux SSSE sont faibles.

Ceci s'expliquerait par l'absence de transferts effectifs de ressources consécutivement aux transferts de compétences.

L'action urgente à mener ici l'éclaircissement de la question des transferts de ressources par l'amélioration des textes d'orientation de la Décentralisation.

Tous les responsables municipaux rencontrés expriment chacun le souhait d'avoir la liberté de créer des impôts. Cette idée mérite une grande attention dans la mesure où les situations économiques varient d'une municipalité à une autre.

- *Sur les initiatives des responsables municipaux pour le développement des services sociaux de santé et d'éducation.*

Les responsables locaux déploient de réels efforts pour le développement des SSSE. La lecture de la panoplie de ces actions permet d'affirmer qu'elles sont très variées et multiformes. Leur valorisation n'est pas systématiquement faite malheureusement.

A la lumière des déclarations des différents conseils municipaux, certaines actions ont des fréquences élevées et peuvent servir de modèles : constructions d'établissements de soins et de formation, appui financier, mise à disposition de personnel par la commune aux services déconcentrés, paiement de salaires, appui technique, en matériel et autres par le biais des jumelages, apport en médicaments, fournitures scolaires, consommables divers etc.

Il semble intéressant de formaliser et d'institutionnaliser ces initiatives mais non sans avoir réglé la question des transferts de ressources.

- *Sur les données statistiques.*

Tout au long de l'enquête on s'est heurté à l'absence de données précises sur les actions des municipalités en faveur de la santé et de l'éducation. Les déclarations varient en fonction des responsables rencontrés. Il semble qu'il y a là un problème sérieux de tenue de statistiques qu'il faut résoudre par la création de services de statistiques.

- *Sur la tutelle*

La tutelle n'est pas particulièrement appréciée par les responsables municipaux car ils y voient un frein au développement de leurs initiatives.

#### **9.2.4-Vers une meilleure contribution des ANG dans l'amélioration des problèmes de santé et d'éducation dans le contexte de la décentralisation**

Les interventions des ANG, dont certains sont présents sur le terrain depuis près de 50 ans au Burkina Faso (certaines ONG), si elles ont très souvent apporté des soulagements aux populations souvent démunies, ne semblent pas véritablement avoir contribué à apporter des solutions définitives à leurs besoins. Ces populations, non seulement continuent à exprimer les mêmes besoins chaque année, mais ceux-ci semblent même s'accroître d'année en année. Or, l'aide la plus efficace est celle qui permet à terme de s'en dispenser. Si l'on admet cette vision des choses, la philosophie de l'aide, notamment celle des ONG ne devrait-elle pas être repensée ?

Les pouvoirs publics devraient davantage travailler à convaincre les ANG à intervenir dans des zones et des créneaux précis, dans le cadre de plans préétablis et de commun accord.

L'État et les Municipalités doivent eux-mêmes avoir une politique bien définie dans le secteur de l'Éducation et de la Santé. Une politique qui devrait s'élaborer en tenant compte des différents acteurs sur le terrain, et au besoin, en concertation avec eux.

Les actions menées par les différents ANG manquent de coordination et il n'y a pas de concertation entre les ANG et les responsables communaux qui sont souvent surpris par certaines interventions. Il faudrait créer un cadre de concertation entre les différents acteurs. Les différents intervenants ont souvent leurs idées fixes et par conséquent n'interviennent pas dans le cadre d'un programme de développement défini au niveau local. La carte scolaire définie par les pouvoirs publics n'est pas toujours respectée. Il faudrait exiger des ANG qu'ils se conforment aux politiques et stratégies de développement définies par l'État ou la commune.

Les ANG suppléent à un rôle qui devrait revenir à l'Etat ou aux communes. Il revient aux communes de jouer concrètement leur rôle en développant les initiatives qui leur permettent de satisfaire les besoins des populations.

### **9.2.5-La question délicate de l'intégration des chefs coutumiers**

L'Etat Burkinabè est composé de communautés issues de cultures et d'organisations sociales différentes. On retrouve des communautés à structures sociales hiérarchisées et d'autres non hiérarchisées. Les autorités ont toujours collaboré avec les premiers responsables de ces différentes communautés. Elles les ont toujours utilisé pour la diffusion des décisions politiques et même pour la conquête du pouvoir d'Etat. Leur statut (de la période coloniale à nos jours) demeure le même et l'administration continue de les utiliser.

La question est de savoir comment les intégrer dans la politique actuelle de décentralisation en vue de la satisfaction des besoins sociaux des populations. A cette question, plusieurs réponses sont possibles. Cependant, elles soulèvent d'autres questionnements.

1°) Au niveau communal, on pourrait mettre en place une structure qui regrouperait les responsables coutumiers. La désignation des membres pourrait être faite par les chefs coutumiers eux-mêmes. Dans cette perspective, il reviendra à l'Administration d'élaborer des textes définissant les missions qui leurs seront dévolues. Le problème que cette proposition soulève est lié au fait qu'au Burkina Faso, il n'existe pas dans toutes les communautés des chefferies. Alors, l'Etat peut-il ignorer cette réalité sociale ? Comment

seront constitués les conseils municipaux dans les collectivités où il n'existe pas de chefferies ? Comme on le voit cette proposition suscite des interrogations auxquelles il nous est difficile d'apporter des réponses.

2°) Au niveau communal, on pourrait adopter un texte qui mentionne clairement une incompatibilité de la fonction de chef coutumier avec celle de responsable politique. Mais prenant en compte le contexte actuel, cette proposition n'est-elle pas utopique? Car aujourd'hui, tous les chefs coutumiers sont 'affichés' politiquement et ne sont pas prêts à s'y défaire. Mieux, les débats actuels tournent autour de la revendication des chefs coutumiers d'avoir un statut reconnu et de constituer une structure formelle dans laquelle, ils pourront s'affirmer.

Comme on le voit, l'implication des chefs coutumiers dans les structures formelles (conseils municipaux, organes décisionnels...) même si elle est souhaitée, soulève néanmoins des interrogations. Alors que faire ? la question demeure.

#### **9.2.6-Promouvoir la place et le rôle des prestataires de services dans la définition et la mise en œuvre des politiques et interventions en matière de santé et d'éducation au niveau local**

Les secteurs sociaux (santé et éducation) considérés comme des secteurs prioritaires continuent de bénéficier d'appuis inestimables de la part de l'Etat. L'Etat, quelque soit la zone (rurale ou urbaine) intervient toujours dans les domaines des constructions, l'équipement et la dotation en personnel. L'Etat s'appuie sur les agents publics pour faciliter l'application au plan local des politiques sanitaires et éducatives. Les agents publics constituent plus de la moitié, voire même dans certaines communes 100% du personnel intervenant dans les deux secteurs.

Concevoir une politique pouvant permettre une meilleure adéquation entre les différents intervenants dans le domaine de la santé et de l'éducation dans les différentes communes nécessiterait la prise en compte de ces agents publics. Les collectivités disposent d'agents, mais ils sont en nombre réduits et se limitent généralement au personnel de soutien (manœuvres et gardiens).

Les prestataires de service participent à la réduction du taux d'analphabétisme et à l'amélioration des conditions et cadres de vie des populations. Ils sont très peu sollicités dans le cadre de l'élaboration des politiques communales. Pourtant ils sont les gestionnaires des services de santé et d'éducation. De même, c'est à travers des initiatives propres que

certaines arrivent à convaincre les populations de la nécessité de fréquenter les structures de santé et d'éducation. De plus, étant des agents de l'Etat ils sont appelés à servir dans toutes les régions du pays. Les communes ont commencé à recruter des agents. Cette nouvelle dynamique de recrutement des agents communaux doit se poursuivre.

Aussi la décentralisation qui signifie le transfert de certaines compétences à d'autres acteurs (les collectivités décentralisées) inquiètent les prestataires de services. Ces inquiétudes portent sur le système de recrutement, de promotion et de rémunération. Pour eux, les communes ont des ressources limitées. L'Etat doit toujours continuer à honorer les salaires.

En analysant ces points de vue, il y a un constat qui ressort. Les logiques à la base de la politique de la décentralisation sont méconnues par les prestataires de services. Beaucoup font la confusion entre la décentralisation et la déconcentration. A cet effet, il faudrait que les autorités locales et centrales fassent un réel effort d'explication des différents textes (la loi d'orientation sur la décentralisation et les politiques sectorielles).

L'évolution de la société due à l'éducation et aux médias fait que les populations bénéficiaires des offres de services de santé et d'éducation deviennent de plus en plus exigeant. Les regards des populations sont portés sur la qualité des prestations. Les agents ont généralement les compétences requises, mais les moyens qui sont mis à leur disposition sont vétustes ou insuffisants. Cet état de fait est à l'origine des conflits entre prestataires de services et bénéficiaires. Les communes ne disposant pas des mêmes potentialités économiques, l'Etat doit donc continuer à appuyer chaque commune en prenant en compte cette disparité

## CONCLUSION GENERALE

Depuis quelques années, des mutations politiques et sociales sont amorcées un peu partout dans le monde. Le Burkina Faso n'est pas en reste. Dans ce pays, ces mutations s'opèrent dans un contexte caractérisé par un taux élevé d'analphabétisme qui constitue un des facteurs limitant l'épanouissement de la culture démocratique.

La décentralisation qui est en cours depuis le début des années 90 est porteuse de mutations profondes tant politiques et culturelles, qu'économiques et sociales.

Au plan politique et culturel, la décentralisation est une prescription de la Constitution qui dispose en son article 143 que le territoire du Burkina Faso est divisé en collectivités territoriales décentralisées. La décentralisation se veut être un approfondissement du processus de démocratisation. Promouvoir une politique de décentralisation, c'est mettre en relief d'une part les questions de liberté et d'autonomie des collectivités territoriales par rapport à l'autorité centrale et d'autre part, la remise en cause du rôle traditionnellement joué par l'Etat dans le développement.

Au plan économique et social, la décentralisation ouvre des perspectives en ce sens qu'elle permet aux collectivités locales de mieux prendre en compte les questions touchant à leur développement. Les collectivités sont mieux placées pour percevoir les véritables besoins des populations, pour prendre les mesures les plus adaptées et même pour trouver les moyens nécessaires à leur réalisation

Le moins qu'on puisse dire au Burkina Faso, le processus de décentralisation bénéficie d'une volonté politique ferme, d'une armature institutionnelle solide et d'une architecture juridique présentant des possibilités d'adaptation et d'amélioration importantes. L'adhésion unanime des partenaires et acteurs de développement est une réalité, même si encore, les impacts sur le terrain sont encore attendus.

C'est le cas des offres de services en matière d'éducation et de santé qui restent en deçà des attentes des populations et pour lesquelles, les collectivités décentralisées doivent être dans des conditions et avoir les moyens appropriés pour faire face aux demandes sans cesse croissantes en matière de santé et d'éducation. A ce niveau, l'implication et la participation actives des partenaires et des acteurs du développement, constituent un gage pour le succès de la décentralisation qui ne doit guère se réduire à des techniques ou à de l'instrumentation.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Etablie en fonction du lieu de localisation**

#### **A/ P.N.U.D.**

- 1 - Perspectives des élections municipales : Premier Ministère, commission nationale d'élection et de la décentralisation ; mai 1994 (non paginé, env. 50 p.)
- 2 - Rapport d'activités (déc.1993 - août1993). Commission nationale de la décentralisation, août 1994.(19 p.)
- 3 - Rapport de la mission de consultation sur le rôle et les missions de l'Etat (secteur des administrations de la souveraineté). Yves A.M. MICHIELS, consultant ONU - DDSMS chef du service de planification et de développement Office de Gestion des Ressources Humaines, secrétariat des Nations Unies, Ouagadougou, 9 février 1996.  
Projet PNUD/DDSMS "appui à la modernisation de l'administration" (BKF 91.005 /501).  
Ministère de la Fonction publique et de la modernisation de l'administration.(49 p)
- 4 - Rapport de la mission de consultation auprès du Gouvernement du Burkina Faso : Diagnostic Général des principales composantes de l'administration. Guido de WEERD; consultant en administration publique et reforme administrative.  
Mamadou THIAM, consultant en gestion et réglementation du personnel.  
Ministère du travail, de la sécurité sociale et de la fonction publique /Programme des Nations Unies pour le Développement, Département de la coopération Technique pour le Développement. Ouagadougou 1987, 112 p.
- 5 - "Un instrument au service du peuple" in Carrefour Africain, n° 833 du 1er juin 1984. Clément TAPSOBA pp. 16 - 22.

- 6 - La fonction publique voltaïque : ses structures ; Essai de prospective. Etabli pour le gouvernement de la Haute Volta par André HIBON, chargé de mission au titre du programme de coopération technique des Nations Unies. Nations Unies, janvier 1973, 123p.
- 7 - *Rapport de Synthèse sur le diagnostic des besoins de démarrage des communes de plein exercice, Commission Nationale de la Décentralisation Ouagadougou, septembre 1994, 24p.*
- 8 - Programme Triennal (1994 - 1995 - 1996), Commission Nationale de la Décentralisation. Ouagadougou, Septembre 1994.
- 9 - Deuxième Conférence Annuelle de l'Administration Publique (C.A.A.P). Rapport introductif. Premier Ministère Burkina Faso, Ouagadougou les 25, 26, 27 juin 1995, 126p.
- 10 - Diagnostic de l'organisation des Secrétariats Généraux et des procédures de gestion de la performance des services publics. Rapport de mission, mars 1992 Hans DE FACQ consultant PNUD/DCTD PNUD projet DCTD - BKF /86/008 - Gestion et planification des ressources humaines.
- 11 - Notes synthétiques sur l'exécution des différentes composantes du P.A.A. (Programme de développement des institutions publiques / Programme d'Appui à l'Administration Publique. Troisième conférence de table ronde générale des bailleurs de fonds au Burkina Faso. Ministère de l'Economie des Finances et du Plan. PNUD, Ouagadougou, mai 1995, 9p.
- 12 - Plan de formation en gestion des ressources humaines. Ministère de la Fonction Publique, Direction Générale de la Modernisation de l'Administration juin 1993, 40p.
- 13 - Développement and Modernisation of Public Service, Management in Sub-Saharan Africa. (Essay for an Integrated and Comprehensive Approach) by Yves A.M.

MICHIELS (Chief Technical Adviser of the Project "Appui à la modernisation de l'administration au Burkina Faso, Ouagadougou, September 1993, 34p.

- 14 - Conférence Annuelle de l'Administration Publique (C.A.A.P.)  
Rapport Général de Synthèse, Ministère des Finances et du Plan / Ministère de la fonction publique et de la modernisation de l'administration. Ouagadougou, du 27 septembre au 1er octobre 1993 36p.
- 15 - Scénario de fonds d'appui aux communes. Commission Nationale de la Décentralisation. GREFCO 01 BP 6428 Ouagadougou 01 janvier 1995, 81p.
- 16 - Etude sur la mise en place d'un instrument d'appui institutionnel aux communes.  
Par Paul KIEMDE, Faculté de Droit de Science Politique de l'Université de Ouagadougou ; avec le concours de MM. Marcel SANDAOGO et Alassane SAWADOGO. Commission Nationale de la Décentralisation ; janvier 1995, 21p.
- 17 - Ministère de la Fonction Publique et de la modernisation de l'administration : Projet de programmes d'activités 1993 ; 59 pages.
- 18 - Commission Nationale de la Décentralisation ; Synthèse des actions engagées.  
Action Collective décembre 1996 (bulletin bimestriel de liaison de la Commission Nationale de Décentralisation 01 B.P. 7027 Ouagadougou 01, 30p.
- 19 - Séminaire de formation en gestion des Ressources Humaines; Ministère de la Fonction Publique et de la Modernisation de l'Administration / PNUD mai 1995.
- 20 - Rapport : La gestion du rendement des services publics et de la productivité des agents de la fonction publique au BURKINA FASO par Yves A.M. MICHIELS (conseiller technique principal, projet "Gestion et planification des ressources humaines de l'Etat), PNUD/DDES BKF86-008, Ouagadougou le, 30 avril 1992. 165 pages.

- 21 - Répertoire des services publics du BURKINA FASO. M.F.P.M.A., Direction générale de la modernisation de l'administration, version provisoire, mai 1995, 269 pages.
- 22 - Elaboration et promotion de programmes à caractère local et participatif pour la dimension sociale de l'ajustement structurel. Document de projet. Etudes régionales et identification de projet pour les provinces du BURKINA FASO, Ministère des Finances et du Plan / PNUD, octobre 1991, 36 pages.
- 23 - Troisième Conférence de table ronde générale des bailleurs de fonds du BURKINA FASO : le partenariat entre l'Etat et le Mouvement Associatif dans le développement des secteurs sociaux. Ministère de l'Economie des Finances et du Plan, PNUD, Ouagadougou, mai 1995, 41 pages.
- 24 - Programmes à caractère local et participatif pour la dimension sociale de l'ajustement structurel : Etudes régionales et programmes de développement pour les provinces du BURKINA FASO. Termes de références : MFP / PNUD Démarche méthodologique, juillet 1991, 50 pages.
- 25 - Programmes à caractère local et participatif pour la dimension sociale de l'ajustement structurel : Etudes régionales et programmes de développement pour les provinces du BURKINA FASO. MFP / PNUD Projet RAF /88/089 Développement régional. Termes de Références (version définitive), août 1991, 78 pages.
- 26 - Les inégalités de développement régional au BURKINA FASO. ILBOUDO K. Ernest Assistant chercheur du C.E.D.R.E.S./ESSEC B.P. 7021 Université de Ouagadougou, mai 1987, 140 pages.
- 27 - Disparités de revenus entre les villes et les campagnes en Haute -Volta, B.I.T, Addis-Abeba, (Rapport soumis au gouvernement de la République de Haute-Volta par la mission technique du PE CTA), 1982, 49 pages.

- 28 - Rapport de mission. Mission d'identification  
Appui à la décentralisation au BURKINA FASO, COWI, Ministère des Affaires  
Etrangères, septembre 1997, 46 pages plus des annexes.
- 29 - Projet : Jumelage d'Amitié et de solidarité entre le territoire de Belfort et la région  
de Dassouri (département de Tanghin Dassouri et Komki-Ipala). Programme global  
de développement local 1996 - 1998, 12 juin 1995.
- 30 - Développement du programme de soins de santé primaire dans le département du  
centre nord (Kaya).
- 31 - Rapport global : Mission de reformulation, UPV/81/004, "Développement d'un  
projet de soins de santé primaire, dans le département du centre nord, (Kaya)". 22  
avril - 20 mai 1983, OMS / PNUD, 70 pages plus des annexes.
- 32 - Développement des soins de santé primaires dans le département du centre nord  
(Kaya), grille d'évaluation République de Haute-Volta, Ministère de santé publique  
et de la population et l'OMS. Société Africaine d'Etudes et de Développement  
(S.A.E.D.), octobre 1986, 30 pages plus des annexes.
- 33 - Haute-Volta UPV / 82 /004 : Infrastructures de santé primaire dans le département  
du centre nord (Kaya). Leonardo ROMEO, UNCDF / FENU juin 1983, 98 pages.
- 34 - Formation et initiation concrète à la planification locale en milieu rural (province de  
la gnagna) : Document synthèse sur la démarche de la planification de  
développement local et les acquis du projet, juin 1992, 23 pages.
- 35 - Programme d'appui à la décentralisation au Burkina Faso (première phase)  
S.N.V(organisation néerlandaise de développement, Documents de formulation, mai  
1994, 54 pages plus des annexes.
- 36 - Relations entre l'Administration locale et les organisations locales au Burkina Faso.  
Jean-Piere JACOB ; Françoise MARGOT, 1992. (Edition).

- 37 - Atelier Nationale sur le Réseau de coopération technique pour les organisations populaires locales de développement.  
Centre Abel SANON Bobo-Dioulasso (Burkina Faso, 24-26 septembre, 1991, F.A.O)
- 38 - Bilan du projet PNUD / Habitat - BKF / 90 / 006, Aménagement et gestion des villes moyennes et développement du logement au Burkina Faso, période : 1/1/91 au 31/12/93, Sylvie LACROUX, décembre 1993, 34 pages.
- 39 - Aspects communautaires dans l'action de Matourkou : Rapport final du conseiller en développement communautaire. Rapport I et II (Annexes) W.H.A PEETERS UNOTC / Centre agricole polyvalent de Matourkou (phase II) projet UPV / 68 / 507, janvier 1973, 60 pages.
- 40 - Programme de Développement des villes moyennes - Analyse de l'état actuel et ébauche de propositions. Par le professeur Hartmut KIIBLER (Directeur de l'école supérieure d'Administration Publique, Kene / RFA. Ministère des Finances et du Plan / KFW, août 1992, 69 pages plus des annexes.
- 41 - Commune de Banfora : Programme d'équipement communal ; Commune de Banfora, Projet BKF /90/006. N° A2 / 93 / 12 Comité d'appui technique communal, juin 1993 52 pages.
- 42 - Commune de Koudougou : Programme d'équipement communal, (1993 - 1997) projet BKF / 90 / 006, n°A2 / 92 /11. Comité d'appui technique communal, mai 1993, 76 pages.
- 43 - Aménagement et gestion des villes moyennes et développement du logement. Rapport final, version, janvier 1993.  
Ministère des Travaux Publics, de l'habitat et de l'urbanisme / PNUD, Centre des Nations Unies pour des Etablissements humains, 22 pages plus annexes.

- 44 - Extension urbaine et besoins de transport pour les élèves de l'enseignement secondaire : cas de Ouagadougou. Ernest ILBOUDO, Maître Assistant ESSEC/CEDRES, Université de Ouagadougou. Série des résultats de recherches, n° 005 ESSEC, Université de Ouagadougou, novembre 1990, 76 pages.
- 45 - Investissement public et développement dans une ville moyenne du Burkina Faso: Koudougou. Georges COMPAORE, Assistant à l'Université de Ouagadougou, Département de géographie, BURKINA FASO, (publication CEDRES, n° xxx, ESSEC, Ouagadougou) 33 pages.
- 46 - Etudes sur les compétences et les ressources des collectivités locales au BURKINA FASO. Rapport du projet BKF/ 88 /010.  
"Appui, à la planification économique et à la gestion de la coopération".  
Deuxième étape, volume I et II. André DALOZE, Vincent DENERDT, Paul KIEMDE, Filiga M. SAWADOGO. Mission d'octobre 1989. PNUD/DTCD.
- 47 - Opération pilote d'aménagement et de gestion de deux centres secondaires (Koupela et Yako). Projet du gouvernement du Burkina Faso ; Centre des Nations Unies pour la Gestion des Etablissements humains ; PNUD ; juillet 1997, projet BKF /87/A/01/56 ; 80 pages.
- 48 - Inventaire des conditions socio-économiques de la région de Gaoua. Rapport de Mission effectuée du 24 janvier au 1er juin 1978 par Margarita DESPOND PACHECO (stagiaire de la coopération technique Suisse), avec la collaboration de Louise DALLAIRE (volontaire des Nations Unies) ; PNUD / Projet pour l'Habitat et l'Amélioration des Etablissements Humains en zone rurale en Haute-Volta. 1978, 125 pages plus des annexes.
- 49 - Quatrième session de formation des agents techniques communaux. Thème : Technique d'Aménagement urbain. Ministère des Travaux Publics, de l'Habitat, et de l'Urbanisme, PNUD. Gaoua, 28 juin au 2 juillet 1993.

- 50 - Projet Villages Centrés - Banlieue de Ouagadougou, Coen BEEKER (Université d'Amsterdam), Burkina Faso / Pays-Bas.  
Rapport n° 1, octobre 1990, 16 pages plus des annexes.
- 51 - Note méthodologique sur la structure nationale de gestion et de financement du programme des dix villes moyennes au Burkina Faso.  
Edgar REVEIZ, Expert en planification régionale (C. T. P.), Reinhold STRAUSS, expert associé en planification régionale. PNUD / DCTD, projet BKF / 88/ 010 ; Appui à la planification économique "et à la gestion de la coopération"; Rapport n° 14E, juillet 1989, 41 pages.
- 52 - Une conception opérationnelle de l'aménagement du territoire comme ensemble cohérent des politiques régionales et urbaines ; Edgar REVEIZ, expert en planification régionale. Rapport du projet BKF / 82 / 010, "Assistance à la planification et au développement". Rapport n° 43 E Ministère de la Coopération et du Plan / PNUD, BURKINA FASO, janvier 1988, 72 pages.
- 53 - Un scénario de décentralisation dans le cadre du programme de développement des villes moyennes (fiscalités).  
Alain GUENGANT (consultant), Rapport du projet BKF / 88 / 010, "Appui à la planification économique et à la gestion de la coopération". Mission du 17 février au 19 mars 1989, rapport n° 05 - C. Ministère de la Coopération PNUD, BURKINA FASO, 1989. 45 pages.
- 54 - Programme pour le développement des villes moyennes au Burkina Faso Jaime Angel HURTADO (consultant) ; Rapport du projet BKF/ 82 / 010, "Assistance à la planification et au développement", Ministère du Plan / PNUD, rapport n°48 - C Burkina Faso, Mission du 06 /03 / 1988, 133 pages plus des annexes.
- 55 - Projet Sabou : Ministère de l'agriculture et de l'élevage, secrétariat général, C.R.P.A., Centre - ouest -Koudougou, Burkina Faso ; août 1989 ; 26 pages.

- 56 - Projet de développement rural du village de Mallere, Département de Dori, septembre 1989, 27 pages.
- 57 - Les programmes d'équipement communaux 1992 - 1996 et leur mise en oeuvre Omer THOMAS, géographe, cartographe, V.N.U., Projet BKF /90/06 Gestion et aménagement des villes moyennes et développement du logement : Ministère des Travaux Publics, de l'Habitat et de l'urbanisme / PNUD; Burkina Faso, octobre 1993, 89 pages plus des annexes.
- 58 - Manuel de gestion urbaine ; réalisé par l'équipe du projet Habitat ; BKF / 87/010; sous la supervision de BENESSAIAH Néjib, architecte - urbaniste UNCHS - habitat, Gouvernement du Burkina Faso ; Secrétariat d'Etat à l'Habitat et à l'Urbanisme, octobre 1990, 123 pages.
- 59 - Opération pilote de gestion de deux centres secondaires ; (Koupela et Yako), André RUBIO, consultant, Ministère de l'équipement / PNUD /CNUEH, projet BKF / 87 / 010. Rapport sur les Finances urbaines, juin 1990, 93 pages.
- 60 - Schéma de développement et d'aménagement urbain de Bobo-Dioulasso. Rapport de présentation ; Ministère de l'Equipement / Coopération française/Projet SDAU Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Livre 1 - Analyse, octobre 1990, Moyenne, 545 pages.
- 61 - Etude du processus d'urbanisation et du budget familial des populations à faibles revenus à Ouagadougou, (Haute-Volta). Gilbert KIBTONRE (étudiant géographe), PNUD ; juillet 1976, 64 pages.
- 62 - Aménagements en quartiers spontanés africains, Réseaux Habitat Urbain, A.C.C.T/ Institution d'urbanisme de Paris, novembre 1986, pages 93 à 297.  
Ouvrages contenant un ensemble d'articles relatifs à l'aménagement urbain au Mali et au Burkina Faso. Les articles issus d'un séminaire tenu à Ouagadougou du 3 au 23 juillet 1986 sont centrés sur le cas du Burkina et portent sur les thèmes suivants :

B - **I.P.D. / A.O.S.**

- 63 - "Auto - promotion paysanne et gestion du terroir" ; B. Ibrahim NEBIE, Moussa OUEDRAOGO, 1990 ; 55 pages plus des annexes, (cote 4617) 0658.
- 64 - Colloque sur le financement du développement communal : Ernest K. ILBOUDO, Patrice SYAN, Seydou SACKO, Jean Urbain KORSAGA, Idrissou Félix BOYARM,(ENAM) ; FONDATION HANNS SEIDEL, 1995, 92 pages, Ouagadougou.

C - **CENTRE CULTUREL GEORGES MELIES**

- 65 - Yaya KONATE & Bruno DOTI SANOU : décentralisation comme projet C.A.D. juillet 1995.
- 66 - La décentralisation au Burkina Faso. Mai - décembre 1995 - Dossier de presse.  
Mission française de coopération et d'action culturelle. Centre culturel français Georges-Méliès. Centre d'Information sur le Développement.

D - **CENTRE D'INFORMATION SUR LE DEVELOPPEMENT**

- 67 - Revue de la presse Burkinabè : la décentralisation au Burkina Faso du 24 janvier au 31 décembre 1996 ; Ouagadougou : Mission de coopération et d'action culturelle française, 1996.
- 68 - Décentralisation et Développement Local ; un rendez vous à ne pas manquer. Entretien avec Antoine Raogo SAWADOGO, Président de la commission nationale de la décentralisation du Burkina Faso, in Club du Sahel. Le Bulletin n° 19 de juillet 1998 ; page 1 et 2.

- 69 - La décentralisation au Burkina Faso. Mise en oeuvre du processus. Séminaire national Ouagadougou, 18 au 21 juillet 1994. Publié par le Programme de développement municipal chez C.E.D.A1995, 282 pages.
- 70 - La Décentralisation au Burkina Faso par Denise Yaméogo et Hubert Ouédraogo. Novembre 1993, 52 pages.
- 71 - Le développement participatif: problématique de la responsabilisation des communautés rurales dans la mise en oeuvre des actions de développement. Mémoire de fin de cycle pour l'obtention du diplôme de l'E.N.A.M Section Administration Générale. Sériba Ouattara - 1995 - 102 pages.
- 72 - Décentralisation et communalisation en Afrique : Un nouveau domaine pour la formation et la coopération. Dossier réalisé par Jean Marie Roussignol avec le concours du Ministère de la coopération et du développement. Juillet 1990. Institut International d'Administration Publique ; 328 pages.
- 73 - Institut International d'Administration Publique.  
Dossiers Pédagogiques. Gestion Urbaine et Ressources Financières des Grandes Villes : exemples africains.  
Dossier réalisé avec le concours du Ministère de la Coopération et du développement. Août 1988 ; 293 pages.
- 74 - Démocratiser la vie politique locale de haut en bas : l'approche gestion des terroirs au Burkina Faso.  
Démarche du P.N.G.T. ; Lars Engberg - Pedersen.  
Dossier n° 54 ; avril 1995, 34 pages.
- 75 - La démocratie au Burkina Faso. Institute of Democracy and Electoral Assistance - 1998 - 182 pages.

76 - Relations entre l'Administration Locale les Organisations Locales au Burkina Faso. Etude sur le rôle des collectivités publiques locales dans le développement rural. Jean-Pierre JACOB et François MARGOT ; novembre 1992 SEREC / BEREG ; 133 pages.

77 - Si Ouagadougou m'était conté. Rubrique hebdomadaire du quotidien l'Observateur (1992 - 1995). Mission Française de Coopération et d'Action Culturelle. Centre Culturel Français Georges Méliès. Centre d'Information sur le Développement. Document de 138 pages.

E - **MAIRIE DE NONGREMASSON : SERVICE DES ARCHIVES DE LA MAIRIE DE OUAGADOUGOU**

78 - Ministère de l'Economie et des Finances. Ministère de l'Administration Territoriale Direction du deuxième projet de développement urbain. Mairie de Ouagadougou. Plan de la ville de Ouagadougou - document de 236 pages - année de production 1997.

79 - Bulletin de la ville de Ouagadougou N° 1/Semestre - 1979 éditions Soleil, 28 pages.

80 - Sidwaya spécial N° 001 Développement décentralisé au Burkina Faso ; octobre 1996.

81 - Jumelage Ouagadougou - Loudun 1967 - 1992, 25ème anniversaire.

F - **F.O.D.E.C.O.M.**

82 - Jean-Pierre S. SAWADGO, Henry N. OUEDRAOGO : commune de Kaya. Etude relative à l'assiette et au recouvrement des ressources budgétaires de la commune de Kaya. Décembre 1997 ; 52 pages.

G - **O.R.S.T.O.M.**

- 83 - Sandrine SAYDE : L'importance des marchés urbains dans l'approvisionnement alimentaire de la ville de Ouagadougou et leur évolution face à la croissance urbaine. Mémoire de maîtrise ; Université de Paris IV Géographie - septembre 1997 ; 113 pages.
- 84 - Marie-Pierre BOURZAI : Les mutations du centre ville de Ouagadougou ; 1985 - 1997. Mémoire de maîtrise de géographie urbaine. Université de Paris Nanterre, 1997 ; 266 pages.
- 85 - Bintou Ma KONATE : Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes du milieu scolaire de la ville de Ouagadougou en matière de planification familiale après introduction d'un programme d'éducation sexuelle. Thèse de doctorat ESSA. Université de Ouagadougou, 1991, 62 pages.
- 86 - Raymond MONNE : Secteurs sanitaires confessionnels et public dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) : Quelle articulation? Centre ORSTOM Ouagadougou, octobre 1996 ; 37 pages.
- 87 - Hervé KONE, Bruno BONKOUNGOU : Projet de développement socio-sanitaire en quartier périurbain de Ouagadougou (1995 - 1997). Arrondissement de Sig-noghin - EAST- rapport intermédiaire d'activités (décembre 1995 - juillet 1996). Juillet 1996, 28 pages.

H - **CENTRE DE DOCUMENTATION DU C.I.L.S.S.**

- 88 - La gestion décentralisée des ressources naturelles dans trois pays du Sahel : Sénégal, Mali et Burkina Faso. C.I.L.S.S. / PADLOS - septembre 1997 Ouagadougou - 349 pages.
- 89 - Atelier National sur la problématique foncière et la décentralisation - Bobo-Dioulasso ; 8 - 10 février 1993.

Document de synthèse. Ministère de l'Agriculture et des Ressources Animales - PNGT - CILSS- janvier 1993.

90 - Jean-Jacques FAUCHER - Gérard CHAMBAS :

Les structures décentralisées : la couverture des charges récurrentes et le développement en milieu sahélien : OCDE / OECD - CILSS - avril 1985.  
Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International.

I - **CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION AGRICOLE**  
**MINISTERE DE L'AGRICULTURE**

91 - Commission Nationale de la Décentralisation. Rapports d'activités.

Ouagadougou - mars 1995, 17 pages. Bilan des activités, les études réalisées, le fond documentaire.

J - **DIRECTION DES ETUDES DE LA PLANIFICATION. MINISTERE DE LA SANTE. CENTRE DE DOCUMENTATION**

92 - 11ème Conférence Annuelle des Partenaires de la santé du 13 au 14 novembre 1997  
Ouagadougou, Ministère de la Santé.

K - **COMMISSION NATIONALE DE LA DECENTRALISATION**

93 - Bulletin bimestriel de liaison de la CND. Action collective - Edition spéciale, juin 1998. 70 pages. Décentralisation au Burkina Faso les acquis et les perspectives.

94 - Soungalo OUATTARA. L' élu(e) et la Commune CND - mars 1995 - 104 pages.

95 - Pierre Joseph Laurent : Les pouvoirs politiques locaux et la décentralisation au Burkina Faso. Cahiers du CIDEP - N° 26 , Harmattan, septembre 1995. 170 pages.

96 - Commission Nationale de la Décentralisation. Concept et enjeux de la décentralisation au Burkina Faso - décembre 1995, 7 pages.

97 - Concepts et enjeux de la décentralisation. Rencontre des coordonateurs des GRA sur la décentralisation, 23-24 avril 1996, 6 pages.

**L - ASSOCIATION DES MAIRES DU BURKINA FASO**

98 - Bimestriel d'information et de sensibilisation de l'Association des Maires du Burkina Faso.

**M. SAGEDECOM**

99 - Etude de base sur l'état de la décentralisation au Burkina : la décentralisation à partir du vécu des intervenants et des communautés de base. Commission Nationale de la Décentralisation (C.N.D), Oualy Firmin, consultant Agro-Economiste rurale, juin 1994, 61p.

100 - Décentralisation au Burkina Faso : une année de pratique communale : bilan et perspectives. Commission Nationale de la Décentralisation, mai 1996. 29 p + annexes.

101 - Troisième bilan externe des avancées du travail de la C.N.D : Note de mission d'accompagnement (Ouagadougou, 7 au 19 juillet 1996). C.N.D,Loïc Arbedette, consultant, juillet 1996, 34p + annexes.

102 - La mise en oeuvre de la politique de décentralisation au Burkina Faso. Commission Nationale de la Décentralisation, juin 1994, 9p + annexes.

103 - Missions, Stratégies, Plan d'action. Commission Nationale de la Décentralisation. Janvier 1994, 13p + annexes.

- 104 - Etat des lieux du processus de décentralisation au Burkina Faso. Commission Nationale de la Décentralisation, Novembre 1995. 21P.
- 105 - Etat des lieux dans le secteur de la décentralisation au Burkina Faso. Union Européenne, Jean-Pierre Elong Mbassi, Coordinateur du Programme de Développement Municipal, juillet 1996, 69p + annexes.
- 106 - Commission Nationale de la Décentralisation : Organisation et fonctionnement. C.N.D, novembre 1993 19p.
- 107 - Etude de base sur l'Etat de la décentralisation au Burkina : les aspects juridiques de la décentralisation. C.N.D, Kiemdé Paul, juriste Consultant, juin 1994, 56p.
- 108 - Etude de base sur l'état de la décentralisation au Burkina : La décentralisation à partir des sources des projets de l'Etat et des ONG. C.N.D, Yaméogo Denise, consultante, juin 1994, 24p.
- 109 - Etude sur les gestions du patrimoine local (version définitive) C.N.D, BERD, octobre 1995, 173p + annexes.
- 110 - Rapport de la commission ad'hoc sur la répartition des compétences entre l'Etat, la province et la commune. C.N.D, novembre 1994, 43p.
- 111 - Atelier gouvernemental : synthèse des études et des travaux de la C.N.D sur le processus de la décentralisation au Burkina Faso. C.N.D, Ilboudo Ernest, Sandaogo Marcel, avril 1996, 72p + annexes.
- 112 - Atelier d'échanges inter-communes burkinabé (Ouahigouya) du 16 au 18 novembre 1995. C.N.D, janvier 1996, 77p.
- 113 - Etude prospective d'un cadre juridique du patrimoine foncier et immobilier des communes du Burkina Faso. Rapport de synthèse. C.N.D, Gnampa Noufou, consultant, juin-juillet 1996, 73p.

- 114 - Atelier de concertation sur la planification locale. Bobo Dioulasso, 17, 18, 19 décembre 1996. Rapport de synthèse, janvier 1997, 52p.
- 115 - Burkina Faso. Conseil National du Plan.  
Deuxième Plan Quinquennal de Développement Populaire, 1991-1995. Mai 1991.
- 116 - Yaméogo, Salam. Direction de l'Aménagement du Territoire Le Plan Quinquennal de Développement Populaire et les Programmes Communaux. Communication présentée à la 3ème session de formation des agents communaux, Ouagadougou, 15-19 juin 1992. Thème : Finances et gestion communales. Organisée par le Ministère de l'Habitat, du Logement et de l'Urbanisme et le Projet BKF/90/006.  
9 p et annexes.
- 117 - Burkina Faso. Ministère du Plan et de la Coopération. Programme de Développement des villes Moyennes. Ouagadougou, janvier 1990. 138 pages.
- 118 - Burkina Faso. Ministère du Plan et de la Coopération. Département de la Coopération technique pour le Développement. Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport du projet BKF/88/010 Appui à la planification économique et à la gestion de la coopération.  
Dossier technico-économique sur les projets types du Programme des villes moyennes : -Infrastructures, - Lotissement/Logement. Rapport n°31 E, mars 1990. 202 pages.
- 119 - Burkina Faso. Ministère du Plan et de la Coopération.  
Coopération Suisse au Développement et Programme Néerlandais PEDI.  
Programmes de Développement des villes de : Ouahigouya, Koudougou et Kaya.  
Rapports Afric Conseil, mars 1990, décembre 1990, janvier 1991.
- 120 - Burkina Faso. Ministère des Finances et du Plan. Aménagement du terroir du Nahouri. Programme de développement de la ville de Pô. Afric Conseil, Rapport final avril 1992.

- 121 - Communes de Koupéla et Yako. Direction Générale de l'Urbanisme et de la Topographie. Projet PNUD/HABITAT BKF/87/010. CNUEH.  
Requêtes des villes de Yako et Koupéla : Programmes d'équipements.  
Ouagadougou, février 1990.
- 122 - Communes de Dédougou, Dori, Gaoua, Kaya, Koudougou, Ouahigouya, Pô, Tenkodogo.  
Recueils de Données Urbaines, RDU. Elaborés par les Agents techniques communaux, avec l'assistance du MTPHU dans le cadre du Projet BKF/90/006 "Aménagement et gestion des villes moyennes et développement du logement".  
Rapport n° A4/91-92/01-02-03-04-05-06-07-08 1991-1992.
- 123 - Burkina Faso. Ministère de l'Habitat, du Logement et de l'Urbanisme. PNUD, CNUEH (HABITAT). Projet BKF/90/006 Aménagement et gestion des villes moyennes et développement du logement.  
Gestion des services municipaux et financement des dépenses en capital.  
Communes de Banfora, Dédougou, Dori, Gaoua, Kaya, Koudougou, Koupéla, Ouahigouya, Pô, Tenkodogo, Yako.  
Etudes présentées par W. Siby, Expert économiste et financier du Projet.  
Rapports n° A3/91-92/01-02-03-04-05-06-07-08-09-10-11.
- 124 - Burkina Faso. Ministère des Travaux Publics de l'Habitat et de l'Urbanisme. PNUD/CNUEH (HABITAT) Projet BKF/90/006  
3ème Session de formation des agents communaux. Thème : Finances et Gestion communales. 15-19 juin 1992  
Rapport n° A4/92/02.
- 125 - Etude sur la faisabilité des collectivités locales au Burkina Faso (Rapport provisoire)  
Bureau d'Etudes et de Recherche sur le Développement (BERD) juillet 1996 32 pages.

- 126 - Synthèse de l'Etude Diagnostique sur la Gestion Actuelle des Infrastructures Socio-économiques et perspectives.  
Bureau d'études ARC. Mars 1996 13 pages.
- 127 - CND - Fondation Konrad Adenauer  
Seminaire des Femmes Conseillers Municipaux , Fada, du 14 au 16 juin 1995, 64 pages.
- 128 - CND - PNGT - Mission Banque Mondiale Burkina Faso  
La contribution de l'approche gestion des terroirs à la dynamique de la décentralisation au Burkina Faso. Consultants : Firmin Ouali - Mafing Kondé, mars 1996, 33 pages.
- 129 - Rapport de l'Atelier des 18 et 19 avril 1996 sur la restitution de l'Etude Diagnostique et des Avant-projets de cahiers de charges.  
Bureau d'Etudes ARC, mai 1996
- 130 - Ministère des Transports et du Tourisme. CND. Etude sur le Tourisme décentralisé.  
Techni-consult. Août 1997, 124 pages
- 131 - Séminaire / Atelier sur les stratégies pour la participation des femmes au processus de décentralisation et aux élections municipales - Koudougou-centre UNITAS du 26 au 28 octobre 1994.
- 132 - Commune de Ouahigouya. Etablissement Public Communal pour le Développement (E.P.C.D).
- 133 - Conseil Economique et Social. Symposium sur le rôle de la contribution des ONG au processus de développement socio-économique du Burkina Faso : Bilan et Perspectives. Ouagadougou les 20, 21 et 22 novembre 1995 - Rapport final, 111 pages + annexes

- 134 - Premier Ministère - CND - Mémoire sur le développement communal - Etat des lieux dans 31 communes de plein exercice - septembre 1995, 130 pages
- 135 - SNV - répertoire des personnes ressources - Hada Kadi - Kaboré Félicité - Mars 1996
- 136 - Ministère de la santé. Table ronde des secteurs sociaux - Secteur santé. Tome 1 : analyse de la situation socio-économique et sanitaire - Ouagadougou, janvier 1996, 48 pages.
- 137 - Ministère de la santé. Table ronde des secteurs sociaux., secteur santé. Tome 3 programmes prioritaires. Ouagadougou, janvier 1996, 61 pages.

**N. SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT ET DU CONSEIL DES MINISTRES**

- 138 - Journal officiel du Burkina Faso n°38, 17 septembre 1998.